

الشيخ محمد بن عبد الوهاب



علم النفس العيادي

«الإكلينيكي»

دار العلم للملايين

عِلْمُ النَّفْسِ الْعِيَادِيّ

(الإكلينيكي)

تأليف

الدكتور عطفوف محمود ياسين

دكتور في علم النفس الإكلينيكي من الولايات المتحدة الأمريكية
أستاذ في جامعة ميميل بكندا (سابقاً)
أستاذ علم النفس الإكلينيكي وسيكولوجية الفئات الخاصة بجامعة الكويت

« إن أمراض النفس والعقل أكثر شيوعاً
وأشد فتكاً من أمراض الجسم »
شيشرون

القِسْمُ الْأَوَّلُ

دار العام للملايين

ص.ب ١٠٨٥ - بيروت

دار العلم للملايين

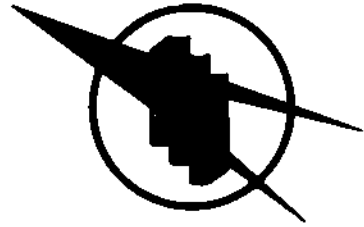
مؤسسة خيرية للتأليف والنشر والتوزيع

شارع مساريس - خلف مكتبة الفيل

ص.ب. ١٠٨٥ - تلخوت - ٣٤٤٤٥ - ٨١٦٦٣٩

رقمها: ٢٣١٦٦٠ - تلخوت - ٢٣١٦٦٠ - ٢٣١٦٦٠

بيروت - لبنان



جميع الحقوق محفوظة

الطبعة الأولى ١٩٨١

الطبعة الثانية

كانون الثاني (يناير) ١٩٨٦

تصديّر

تعاني المكتبة العربية نقصاً واضحاً في مجال البحث الإكلينيكي الجاد؛ أكثر من النقص الملاحظ في مجال البحث القياسي والتجريبي. ولقد استوقفتني هذه الحاجة الماسة في الوطن العربي، بعد إقامة طويلة في كندا والولايات المتحدة الأمريكية زادت على الأربعة عشر عاماً. وقد دفعتني هذه الحاجة لكي أتفرغ لهذا الإنتاج الشاق الذي استغرق ما يزيد على سنوات ثلاث.. ولكن التفكير في إصدار:

[سلسلة للدراسات الإكلينيكية والسلوكية] في الوطن العربي يعود بي إلى السنوات العشر الماضية حين كنت في مونتريال وأوهايو وتورونتو.

وفي تقديري أن كل مفكر عربي؛ وباحث جاد في الوطن العربي لا بد أن يعاني الكثير من الصعاب والعقبات حين يريد أن يقوم بأي مشروع للإنتاج العلمي الجاد. وتتمثل الصعاب في الحصول على مصادر حديثة للبحث تليق بالموضوع والميدان والقارئ وهدف الدراسة. وتأتي خطوات النسخ والتنسيق والطبع والنشر تكملة للصعاب التي تتميز بها بلادنا عن غيرها من المجتمعات التكنولوجية التي توجد فيها وزارات ومجالس للبحوث العلمية تتناول الإنتاج العلمي بكل تفاصيله وخطواته بالعناية والالتزام والتقدير.

وثمة ظاهرة تستدعي التأمل؛ وتمثل بهذا الضباب الذي بدأ يصل إلى الميون والأفكار فيحجب عنها الرؤية الواضحة للإنتاج (المتخصص)؛ والأعمال (الجيدة).

ورغم ذلك فقد قررت الاستمرار في إنتاج هذه السلسلة التي تبدأ بهذه الكتاب بجزء به (الأول، والثاني) بما فيها من جهد علمي شاق، وعمل طويل دؤوب، وزخم إرادي؛ يعتمد عن الحشو والتكرار الذي تفص به كثير من الكتب الحالية في- المكتبة العربية- والذي يعتبر مؤشراً للأزمة التي يعانيها- الكتاب العربي- ونفور القراء منه.

وأمل كبير، في أن يسد هذا الكتاب فراغاً ملحوظاً وحاجة ملحة عند الباحثين؛ وطلبة الجامعات؛ والدراسات العليا؛ والمربين والأخصائيين. وأن يكون مجرد محاولة متواضعة لإثراء المعرفة في هذا (الميدان المتخصص)؛ ونقطة بداية على الدرب الطويل...

وأود مع بداية نشر هذه السلسلة العلمية المتخصصة أن أوجه الشكر والتقدير للأساتذة والمتخصصين الذين كان لي شرف الاسترشاد بأرائهم وملاحظاتهم من حين لآخر؛ بصورة مباشرة أو غير مباشرة وعلى رأسهم:

أستاذي الدكتور دونالد هيب Donald Hebb عميد علم النفس الفيزيولوجي والعصبي في جامعة ميفيل بمونتريال؛ وأستاذي الراحل غودوين واطسون Godwin Watson من أوهايو بالولايات المتحدة؛ وأستاذي هانس سيلبي Hans Selye عميد الدراسات النيوروفيزيولوجية بجامعة مونتريال بكندا.

وأود توجيه الشكر إلى الدكتور أحمد عكاشة أخصائي الطب النفسي في

جمهورية مصر العربية؛ والدكتور العراقي حسين طعمة أستاذ الطب النفسي في الولايات المتحدة؛ والأستاذ عدنان سبيعي أحد أعلام التربية وعلم النفس في الجمهورية العربية السورية.

كما أود التعبير عن تقديري لأستاذ الصحة النفسية في جامعتي عين شمس وجامعة الكويت الدكتور عطية محمود هنا؛ وإلى العالم الجليل الدكتور محمد عماد الدين إسماعيل أستاذ علم النفس التعليمي والثاني في جامعتي الكويت وعين شمس؛ وإلى الدكتور محمد أحد غالي أستاذ الصحة النفسية وعلم النفس المرضي في جامعتي عين شمس والكويت، وإلى الدكتور محمد عثمان نجاتي أحد رواد علم النفس وأعلامه في جمهورية مصر العربية.

وأود أن أقدم عميق احترامي إلى مؤسس علم النفس المعاصر في الجمهورية العربية السورية الدكتور فاخر العاقل رئيس قسم علم النفس بجامعة دمشق، والطبيب النفسي الدكتور نزار الزين أحد أعلام الطب النفسي في الوطن العربي ورئيس قسم علم النفس في الجامعة اللبنانية. وإلى الدكتور عبد الحميد الهاشمي رئيس قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز في مكة.

وأود توجيه شكري إلى الدكتور عبد الله يوسف الغنيم عميد كلية التربية بجامعة الكويت؛ والدكتور رؤوف الفصين رئيس قسم- التربية العامة- في الجامعة الأمريكية في بيروت لتشجيعهما وحسن تقديرهما للمجهود العلمي.

وشكر خاص إلى الأستاذ الأديب محمد علي المغربي مدير برامج تدريب المعلمين بوزارة التربية السورية. وإلى الأستاذ ياسر المالح المدير المساعد لمؤسسة الإنتاج البرامجي المشترك لدول الخليج، وإلى الدكتور نزار الطائي

أستاذ علم النفس الصناعي والرأي العام في جامعة الكويت، وإلى أخي
الأستاذ مأمون محمود ياسين الذي تعلمت منه الكثير من الإيمان بالعمل
والهدف، والتسامح والصبر.

ولعل من أبسط مستلزمات الوفاء أن أقدم تحيات خاصة إلى زوجتي
الطبيبة الدكتورة مها أحمد سلطان... لجهودها الكبيرة معي في هذا
الإنتاج.

ولا يفوتني شكر [دار العلم للملايين] متمثلة بشخص الأستاذ منير
البعلبكي والأستاذ بهيج عثمان؛ اللذين كان لهما الفضل الأكبر في إخراج
هذه الصفحات إلى النور.

وآمل أن يكون هذا الكتاب (الجزء الأول، والثاني) بداية طيبة في
هذه السلسلة الجادة المتخصصة.

د. عطوف محمود ياسين

محتوى الكتاب

٥	تصدير
١١	مقدمة
٢٣	الفصل الأول: التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي .
	الفصل الثاني: علم النفس الإكلينيكي بين الحاضر والمستقبل .
٥٩	
٨٣	الفصل الثالث: السيكولوجي الإكلينيكي .
	الفصل الرابع: التشخيص الإكلينيكي (تعريف وتصنيفات) .
١٠١	
١٢١	الفصل الخامس: أشكال التشخيص ومراحله ووسائله .
١٣٣	الفصل السادس: الأمراض السيكوسوماتية .
٢٠٣	الفصل السابع: الأمراض النفسية - الانفعالية .
٢٤٥	الفصل الثامن: اضطرابات الشخصية .
٢٧٩	الفصل التاسع: الأمراض العقلية .
	الفصل العاشر: التصنيف السوفييتي للأمراض النفسية والعقلية .
٣١٧	
٣٤٧	الفصل الحادي عشر: دراسة الحالة
٣٩٧	الفصل الثاني عشر: المقابلة التشخيصية .
٤٤٥	الفصل الثالث عشر: الاختبارات الإكلينيكية وقياس الذكاء .

٥٠٩	تقييم الشخصية وقياسها.	الفصل الرابع عشر:
	المقاييس العملية واختبارات	الفصل الخامس عشر:
٦١٥	تقييمية إضافية.	
٦٥٣	اختبار جيلفورد وكورنيل في الشخصية	الفصل السادس عشر:
٦٦٣	قياس الكفاءة العقلية.	الفصل السابع عشر:
	خصائص الاختبارات الإكلينيكية	الفصل الثامن عشر:
٦٨٣	وتقييمها وثباتها.	
	أساسيات رئيسية ومناهج البحث	الفصل التاسع عشر:
٦٩٩	في علم النفس الإكلينيكي.	
	قائمة ساندبيرغ وتيلر للاختبارات	ملحق:
٧١٥	النفسية الشائعة.	
٧٣٩		مراجع أجنبية

مقدمة

يتصدى علم النفس الإكلينيكي لمشكلة التوافق الإنساني بهدف مساعدة الإنسان ليعيش حياة أقل قلقاً وأفضل توافقاً وأكثر سعادة واطمئناناً. ويعتبر واحداً من أحدث ميادين البحث في النفس الإنسانية في جوانبها السوية وغير السوية؛ فهو بهذا يملأ فراغاً حضارياً على غاية من الأهمية والضرورة؛ ويسد احتياجاً كان وما يزال متطلباً جماهيرياً في عصر القلق الذي تعيشه شعوب العالم اليوم ليضمن لهم حياة أهناً، ومواجهة أفضل لإحباطات الواقع وتناقضات الحياة.

إن المرحلة التي يجتازها المجتمع الإنساني بأكمله تتسم بالمشكلات المعقدة، فالتزاحم السكاني زاد على أربعة بلايين نسمة يعيش منهم الثلثان تحت وطأة الجهل والفقر والمرض والظلم في الوقت الذي استطاع فيه الإنسان الهابط على سطح القمر تخزين القنابل الهيدروجينية والنووية الكافية لتدمير مساحة تزيد على مساحة الكرة الأرضية ثلاث مئة مرة.

إن الإنسان المعاصر يعيش أزمات معقدة تتناول قوته اليومي؛ وعمله المهدد؛ وصحة أطفاله، وسعادة أسرته. ويحتاج العالم تيار مادي رهيب استطاع زلزلة القيم والمفاهيم والاستقرار ووضعها كلها في مهب العاصفة.

إن السباق النووي المموم بين القوى الكبيرة على حساب ثروات

الشعوب الفقيرة الصغيرة لا يمثل سوى زاوية محدودة من زوايا المسرحية
الدرامية التي يعيشها إنسان العصر الإلكتروني الحاد .

التفرقة العنصرية، الظلم الاجتماعي، الحروب والثورات، الجرائم،
الانهيار العائلي، المخدرات والإدمان على الكحول، التشرد، الطلاق، انهيار
القيمة الشرائية والتضخم المالي، ارتفاع الأسعار والغلاء، الاستبداد،
الانهيار المعنوي في النفوس، المخاوف الظاهرة والمستترة من الحاضر
والمستقبل ليست إلا أعراضاً لمشكلات أكثر عمقاً في السلوك الإنساني
المعاصر والنفس البشرية النათية .

الذهاب إلى المستشفيات والعيادات أصبح مطلباً بقائياً ووجودياً
بالنسبة للأغلبية الساحقة المعذبة من الناس: Survival Need؛ ولكن
الإجابة على تساؤلاتهم ومعضلاتهم ما تزال قيد الدرس والبحث!...

وهكذا كان لا بد لعلم النفس الإكلينيكي من أن يتطور تطوراً سريعاً
ليتمكن من استيعاب المشكلات واحتوائها في عصر زادت فيه سرعة وسائل
الاتصال على ضعف سرعة الصوت ونحكم فيه الكمبيوتر في أكثر من ثلاثين
مجالاً من مجالات الحياة العملية بما في ذلك مجالات التشخيص والعلاج،
وأصبح التغير السريع يحتاج كل حلقة من حياة الإنسان وبيئته .

لقد خرج علم النفس الإكلينيكي في العصر الإلكتروني الحديث من
كونه ميداناً للتحليل الكيفي فقط إلى ميدان يرتكز على المعايير الكمية
والاختبارات المقننة؛ ومبدأ التنبؤ؛ والمعالجات الإحصائية في تقييم
القدرات العقلية والمهارات والاتجاهات؛ وتحديد الأعراض المرضية؛
واقترح مناهج العلاج لها .

لقد خرج علم النفس الإكلينيكي من كونه (ميداناً فردياً) ينمزل في عيادة مهجورة وانتقل بالعلاج والتشخيص إلى العائلة، والمصنع، والقرية، والمدرسة، والمكتب، والمؤسسة العسكرية، والشركة، والسلوك بأكمله، والبيئة بكل ما فيها من قطاعات ومشكلات؛ فأصبح ميداناً يتناول الجماعة ككل باعتبارها الأرضية الأولى التي تمنح الفرد (المرض) أو تعطيه (الصحة) والاستقرار: Community Psychiatry.

وقد تطورت الروابط والعلاقات بين علم النفس الإكلينيكي والطب وعلم الأعصاب والجراحة والكيمياء والخدمة الاجتماعية والاقتصاد وعلم الاجتماع والفيزيولوجيا والأنثروبولوجيا أكثر من أي وقت مضى؛ واتسعت مجالات السحوث العلمية النظرية فيه؛ والمجالات التطبيقية والتجريبية شكلها مدهش وطريف. وقد ولدت هذه التطورات بمجموعها تقارباً ملحوظاً بين النزعة التجريبية السلوكية؛ وبين النزعة العيادية الإكلينيكية؛ وزودت الاتجاه السلوكي المعاصر برؤيا جديدة أبعد مدى من (المثير والاستجابة) وأكثر مرونة واتساعاً وعمقاً.

إن الهدف الرئيسي الذي يتصدى له هذا الكتاب هو تقديم الأسس العامة لعلم النفس الإكلينيكي لتساعد الأخصائيين في ميدان الأمراض النفسية والعقلية من مربين ومعلمين وأطباء وممرضات، وأخصائيين اجتماعيين، وغيرهم من المهنيين والطلبة الجامعيين، والمهتمين في هذا المجال الحيوي للتعرف على المبادئ الرئيسية والمسؤوليات الجسيمة التي تجعلهم يساهمون بدور طليعي رائد في خدمة المجتمع العربي والارتقاء بالصحة النفسية والعقلية لأفراده وشعبه.

وسيجد القارئ في هذا الكتاب (فصولاً عشرة) للجزء الأول منه

ويتناول (الفصل الأول) فيها التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي؛ بادئاً بالمصور القديمة واليونان؛ والعلماء المسلمين؛ كابن سينا وابن رشد والرازي والكندي وغيرهم؛ والعصر الوسيط في أوروبا؛ وعصر النهضة الأوربية، والاتجاهات الرئيسية كالاتجاه الخاص بدراسة السلوك الشاذ والتخلف العقلي على يد روستان وشاركو وكرايلين وكريشمر وليتز ووايتمر وجيمس، واتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس على يد جالتون وجيمس ماكين كاتل وبينيه وسيمون ووانديت وجاستر وجيلبرت وكلارك وغيرهم؛ والاتجاهات الحديثة في الميدان الإكلينيكي بما في ذلك مدرسة القياس؛ والمدرسة الديناميكية لجماعة بوسطن على يد وليم جيمس وستانلي هول ولتر سكوت. ويتعرض (الفصل الأول) للتغيرات المعاصرة في الميدان الإكلينيكي وللتيارات المساهمة في ارتقائه وغوه كالتيار السايكايري (الطب النفسي)؛ وجهود شاركو ومورتون برنس وجيمس وهول وجانيه وكرايلين وتصنيفاته، والتيار الجشتالتي وبحوث ليفي ونظرية المجال، وتيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي ومجهودات العلماء أمثال ميللر ودولار وهول وغيرهم، وتيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي على يد سينغ وكومس ومورفي وليكي وراجرز وغيرهم، وظهور العيادات النفسية في فيلادلفيا وبنسلفانيا ومجهودات بنجامين رش ولايتر وايتمر وبيير ودوروثي ليندديكس وغيرهم. والحركة العيادية في الوطن العربي على يد القباني، والنحاس والقوصي وغالي، وعكاشة ومهي، ونجاشي وزهران، وسلامة وعادل الدمرداش، وعطية هنا وعهاد الدين إسماعيل، ونزار الزين وجمال الأتاسي وغيرهم. ولحظة عن الدور العيادي الرائد الذي لعبته وما تزال جامعة عين شمس بالقاهرة والجامعة الأمريكية في بيروت ومستشفياتها. وظهور الاختبارات النفسية وانتشارها كاختبارات الذكاء

والشخصية والفردية والجماعية والإسقاطية والاتجاهات الحاضرة والمستقبلية لعلم النفس الإكلينيكي.

أما (الفصل الثاني) فإنه يعالج علم النفس الإكلينيكي في حاضره ومستقبله؛ ويبدأ بمشكلة التعريف فيتناولها من منطلقاتها الخمسة؛ المنطلق الطبي الذي نادى به بيش وهايرمان؛ والمنطلق المرضي الشذوذي الذي ركز عليه جودارد ووالين؛ والمنطلق السلوكي الذي شدد عليه وايتمر وبروتاركول ودول؛ والمنطلق القياسي الذي تبناه برونير وماتير، والمنطلق التوافقي الذي دعى إليه براون وروتر. ويثير (الفصل الثاني) السؤال النقدي الذي ما يزال موضع بحث العلماء المعاصرين؛ حول ماهية علم النفس الإكلينيكي؟ أهو علم أم فن؟؟ ويتعرض الفصل لإيضاح العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي وغيره من العلوم والميادين ثم يحدد بوضوح ودقة الأهداف المعاصرة لعلم النفس الإكلينيكي في سنة ٢٠٠٠ وأهمية هذا الميدان ومجالاته مستشهداً على ذلك ببعض الإحصائيات الرسمية التي تحمل دلالات علمية حول ضرورة هذا الميدان وأهميته النظرية والتطبيقية.

أما (الفصل الثالث) في الكتاب فإنه يعالج خصائص السيكولوجي الإكلينيكي وسماته، ويقدم للقارئ العربي قائمة لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية لسمات الأخصائي في هذا الميدان؛ وقائمة كارل راجرز لسمات الأخصائي الإرشادي، وإعداد الأخصائي وجدول ريتشاردز التدريبي؛ وواجبات الأخصائي ومسؤولياته وأدواته العملية.

ويعالج (الفصل الرابع) موضوع التشخيص الإكلينيكي بادئاً بالتعريف الدقيق لمصطلحات سيكولوجية كثيراً ما يصعب على الباحثين والطلبة إيجاد التمييز الدقيق والفارق الموضوعي بينها؛ كالتشخيص، والتقييم،

والاختبار، والقياس، والتعبير، والتصنيف. ويتناول (الفصل الرابع) أيضاً ثمانية أنواع للتصنيفات الإكلينيكية وهي التصنيف الفارق، وتصنيف وليامسن الإرشادي، وتصنيف بينسكي، وتصنيف كريلن، وتصنيف الميكانيزمات لكيمف وتصنيف رادو، وتصنيف جمعية الطب النفسية الأمريكية، وتصنيف الأزمات المعاصرة لهارفي روبين. وبين (الفصل الرابع) فوائد التصنيف ومستوى ثباته واستنتاجات آش وشميدت وفوندا في هذا المضمار.

أما (الفصل الخامس) في الكتاب فإنه يعالج أشكال التشخيص ومراحله ووسائله؛ فيتناول فكرة اتخاذ القرار عند الأخصائي الإكلينيكي موضحاً استنتاجات سانديريغ وتيلر، وفكرة تطوير النموذج أو الصورة الملائمة للعمل على ضوء أبحاث كرونباك وجلر وستانتون وشافرت وجولدمان وسوبر وكذلك مراحل التشخيص وخطواته كما أشار إليها سانديريغ وتيلر؛ وباب وسكوت وغيرهم. والوسائل المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي كتاريخ الحالة والاختبارات وأدوارها الهامة في تقييم إمكانيات الفرد وقدراته ووصفها لسلوك الفرد وتقييمها لديناميات السلوك.

ويتناول (الفصل السادس) في الكتاب الحديث عن الأمراض السيكوسوماتية التي تعكس خللاً في التوازن الهيموستازي؛ ويبدأ الفصل بتعريفها الدقيق وتحديد علاقتها بالقلق والضغط واستقلال الطب السيكوسوماتي في العصر الحديث. ويشتمل الفصل على استعراض أمراض الجهاز الهضمي: كقرحة المعدة، وقرحة القولون، والسمنة المفرطة. وأمراض الأوعية الدموية والقلب: كمصاب القلب، والتوتر الزائد، والإغماء، والصداع، وضغط الدم الجوهرري، ولفظ القلب الوظيفي.

ويعرض (الفصل السادس) أمراض الجهاز التنفسي: كالربو الشعبي وحصى القش، والسل الرئوي، وإصابات البرد المعتادة. وأمراض الاضطرابات الجلدية: كالأرتكاريما وحب الشباب وسقوط الشعر. والأمراض السيكوسوماتية المعاصرة: كالسرطان وسكر الدم، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، ونزيف الأذن الوسطى، والصداع النصفي، والاستجابات العضلية الهيكلية، والاستجابات التناسلية، واستجابات الغدد الصماء وغيرها.

أما (الفصل السابع) في الكتاب فيتضمن الأمراض النفسية الانفعالية؛ بادئاً بمؤشرات الصحة النفسية، وتعريف المرض النفسي، والفوارق الدقيقة والمميزة بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية، ونوعيات وتصنيف الأمراض النفسية-العصائية، وتعريف العصاب وأنواعه وأعراضه الإكلينيكية والأعراض الجسمية والسيكوباتولوجية للقلق العصائي، والمستريا (العصاب التحولي) وأعراضها، وتصنيف الدكتور فهمي لأصناف المستريا والفوارق المميزة بينها وبين الصرع. وتصنيف سترينج وكامبيرون لأنواعها والعوامل الممهدة والمجلة في الاضطراب المستري والسمات الرئيسية للشخصية المسترية. ويشرح (الفصل السابع) أيضاً النورستانيا وتعريفها وأعراضها، والسيكاثينيا (العصاب القهري) بما فيه من مخاوف، ووساوس متسلطة، وأفعال قسرية. ويتعرض الفصل للعصاب اللفظي ولجلجة الكلام، وللمرض النفسي السيكوباتي ونوعياته وتصنيفات كلارك ومورجان للانحرافات السيكوباتية.

ويتناول (الفصل الثامن) للكتاب اضطرابات الشخصية محمداً معايير ذلك الاضطراب من منطلقات أربعة هي: المنطلق الإحصائي،

المنطلق التحليلي المثالي، المنطلق الاجتماعي، المنطلق الطبي النفسي، ويعرف اضطرابات الشخصية عند جوردن آلبرت وغيره؛ ونوعيات هذا الاضطراب التي تتناول (النمط أو السمة أو العلاقات).

أما (اضطرابات النمط) فتشمل الشخصية العاجزة والفصامية والدورية والبارونية. وتتضمن (اضطرابات السمة) الشخصية العصابية، وغير المتزنة انفعالياً، والسلبية- العدوانية، والقهرية والمهترية، والوساوسة. أما (الاضطرابات السيكو- إجتماعية) فتشمل على الشخصية صد الاجتماعية، الانحراف الجنسي، الإدمان على الكحول، الاستجابات اللاإجتماعية، الإدمان على المخدرات، وينتهي الفصل الثامن بتقديم الاضطرابات السلوكية- الاجتماعية: كسوء التوافق المهني والعائلي، واضطرابات الغذاء واضطرابات التبول والإخراج واضطرابات النوم، واضطرابات السلوك الظاهر من بطالة وجناح وجريمة وغيرها.

أما (الفصل التاسع) للكتاب فيقدم للقارئ العربي الأمراض (العقلية- الذهانية) بادئاً بتعريف المرض العقلي- الذهاني بنوعيه العضوي والوظائفي، مستعرضاً خصائصها العامة وأعراضها الإكلينيكية. ويتضمن الفصل تقسماً نوعياً للذهان وتفسيراً فيزيولوجياً للذهان الدوري، وعرضاً شاملاً للأمراض العقلية العضوية كالشلل الحنوتي العام (الزهري الدماغي)؛ والدهان الكحولي؛ وذهان الشيخوخة. وعرضاً للأمراض العقلية الوظيفية (غير العضوية) كالفصام- الزكيتسوفرينيا- والبارانويا- الهذاء- والهوس والاكتئاب.

ويقدم (الفصل العاشر) في الجزء الأول للكتاب استعراضاً شاملاً للتصنيف الوفيقي للأمراض النفسية والعقلية كنظير للتصنيف الأمريكي

الذي استعرضناه في (الفصل الرابع) من هذا الكتاب لتخليص القارئ من قيود النظرة الواحدة للحقائق العلمية. وتأتي مصادر البحث في نهاية الكتاب بشكل مسهب .

ويشتمل [الجزء الثاني] للكتاب على [تسعة فصول] على النحو التالي:

الفصل الحادي عشر: دراسة الحالة .

الفصل الثاني عشر: المقابلة التشخيصية .

الفصل الثالث عشر: الاختبارات الإكلينيكية وقياس الذكاء .

الفصل الرابع عشر: قياس الشخصية وتقييمها .

الفصل الخامس عشر: المقاييس العملية واختبارات تقييمية إضافية .

الفصل السادس عشر: اختبار جيلفورد وكوريل في الشخصية .

الفصل السابع عشر: قياس الكفاءة العقلية .

الفصل الثامن عشر: خصائص الاختبارات الإكلينيكية وتقييمها وثباتها .

الفصل التاسع عشر: أساسيات رئيسية ومناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي .

- ملحق: قائمة الاختبارات النفسية الشائعة (سانديبرغ وتيلر) .

- مصادر البحث والمراجع .

والأمل أن يكون هذا الكتاب مجزئاً به (الأول والثاني) بداية رائدة في مشروع قريب تحت عنوان (سلسلة الدراسات الإكلينيكية والسلوكية) في الوطن العربي .

د . عطوف محمود ياسين

هذا الكتاب لماذا؟

« إن العلوم الإنسانية، والاختبارات النفسية، والنظم والنظريات والبرامج التي نستوردها من الخارج بأهبط الأثمان دون مراعاة لواقعنا وخصوصيات مشاكلنا، هي في اعتقادنا شبيهة باستيراد الآلات والأدوات الدقيقة التي نستوردها مع جهلنا بصنعها، وافتقارنا لقطع الفيار لها. والاستيراد وحده عملية تشويه حضاري وتعميق مقصود في مسيرة النهضة الصحيحة.

وتمثل هذا (التعميق) في (استيراد منتجات الحضارة التكنولوجية) في حين أننا لم نهيء لها عمالاً متخصصين، وفنيين مهرة، وهذا سيقودنا لاستيراد (خبرائها) معها. ويبقى دورنا في المجتمعات العربية دور (المتفرج) النائم على سرير متورد من منتجات الوسائل (الشيئية) للحضارة. والخبراء الأجانب غالباً ما يجهلون طبيعة أرضنا وتراثنا.

وتدور عجلات الزمن ولا يحرز التقدم في بلادنا غير الدوران في الحلقات المفرغة مع ضجيج المؤتمرات.

إن استيراد (الوسائل العلمية) أو (الأسلحة الفتاكة) هو مجرد هروب وضياع، ما لم نهيء لها (الفكر المتخصص) و(اليد المدربة) التي تسيّرهما. وإن بناء مصنع واحد على أرضنا يحرك آلاته عمالنا أفضل من استيراد

ألف قطعة سلاح. وإن هذا (الكتاب) بضمونه وأهدافه هو بمثابة نداء (فكري - عقلائي) يشير بأن سلاح العلم هو طريقنا للبداية الصحيحة، وإلا فستكون خسائرنا بهذه (الوسائل المتوردة) أكثر من الهزائم التي نحصل عليها بسلاحنا التقليدي القديم الذي نصنعه بأيدينا. »

د.ع.م. ياسين

الفصل الأول

التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد.
- الخلفية التاريخية.
- العصور القديمة واليونان.
- علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي عند المسلمين والعرب.
 - أ- ابن سينا. ب- ابن رشد.
- أوروبا والمصر الوسيط العربي.
- عصر النهضة الأوروبية الغربية:
 - أ- اتجاه دراسة السلوك الشاذ والتحلف العقلي.
 - ب- اتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس.
- الاتجاهات الحديثة لعلم النفس الإكلينيكي:
 - ١- المدرسة القياسية.

- ٢ - المدرسة الديناميكية.
- تغيرات معاصرة في الميدان الإكليريكي.
- التيارات المساهمة في نمو وارتقاء الميدان الإكليريكي:
 - ١) نمو التيار السايكايترى (الطب النفسي).
 - ٢) تأثير التيار الجشثالي.
 - ٣) تأثير تيار علم نفس التعلم والتطور التحريبي.
 - ٤) تأثير تيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرحمي.
 - ٥) ظهور العيادات النفسية، والحركة العيادية في الوطن العربي.
 - ٦) ظهور الاختبارات وانتشارها: (ذكاء وشخصية).
- الاتجاهات الحاضرة والمستقبلية لعلم النفس الإكليريكي.

الفصل الأول

التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي

تمهيد:

يعتبر علم النفس الإكلينيكي - ميداناً حديثاً معاصراً - Contemporary Field. وقد نما هذا الميدان بين السبعينات والثمانينات نمواً مذهلاً في شتى أنحاء العالم. ويقول العالم (جوليان. ب. روتر Julian. B. Rotter) مدير برامج التدريب الإكلينيكي في جامعة كونكتيكت بأن عدد علماء النفس الإكلينيكي قد تضاعف ثلاثة أضعاف عما كان عليه خلال السنوات العشر الأخيرة، وبالذات في الولايات المتحدة الأمريكية، وتبع هذا النمو تطوير كبير في مناهج البحث وأساليب التشخيص وطرق العلاج^(١).

الخلفية التاريخية

لعلنا لا نكون مبالغين، حين نقول بأن الجذور الأولى لهذا الميدان الجديد، إنما تعود لآلاف السنين في أعماق التراث التاريخي.

المصور القديمة واليونان:

لقد كشفت البحوث الإيروكيولوجية بأن مخطوطات المصريين القدماء،

والبابليين والآشوريين الراجعة إلى ٥٠٠٠ قبل الميلاد تشير إلى وصف سلوك المضطربين عقلياً وكان يعتقد بأن الأمراض العقلية تعود لوجود الأرواح الشريرة فيها وكان يقوم بالعلاج السحرة والكهنة.

ومع قدوم المرحلة الكلاسيكية (اليونانية والرومانية) فقد بدأت بوادر المنهج الطبي The Medical Approach نحو العلاج المعقول للمضطربين عقلياً. وحتى قبل عام (٥٠٠ ق. م) فقد كان الكهنة يدعون لتهدة الأرواح الشريرة أو الخيرة بتقديم القرابين والتعاويذ. وجاء (فيثاغورس) فكان أول من بدأ (بالتفسير الطبيعي) للمرض العقلي: Natural Interpretation of Mental Illness فحدد (المخ) باعتباره مركزاً للذكاء، واعتبر أن المرض العقلي راجع إلى اضطراب في المخ، ودعا إلى استخدام الإيجاء ووضع نظام دقيق للتغذية، والتدليك العضلي، والترويح.

وبقدوم (أبوقراط) ٤٦٠ - ٣٧٧ ق. م، بدأ الحديث عن أهمية الوراثة: The Role of Heredity في تكوين المرض العقلي، والربط بين الاضطرابات الحسية والحركية وإصابات المخ. ونصح باستعمال الحمامات ونظم التغذية والفصد والمسكنات المخدرة والتركيز على العلاج الحسي.

أما (هيبوكراتس) فكانت مساهمته في إثراء الطب النفسي في ربطه بين الأمزجة النفسية المختلفة، والمرض العقلي والدماغ وتفسيره للاضطرابات الانفعالية على أساس فيزيولوجي. وقد هاجم بشدة فكرة ارتباط المرض العقلي بغضب الآلهة.

أما (أفلاطون) فكان تركيزه على صراع الرععات عند الإنسان وعدم توارثها.

ويعتبر (أرسطو) بحق بين ٣٨٤ - ٣٢٢ ق. م أول من أشار بكل واضح ومحدد للأساس الفيزيولوجي للمرض العقلي: The Physiological Bases of The Mental Illness. وهذا استكمال لما تعلمه من أستاذه (أبوقراط).

علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي عند المسلمين والعرب:

ليس غريباً أن يطمس الغربيون (حضارة كاملة) بعلمائها وآثارها من التاريخ الحضاري هي - حضارتنا المتواضعة - ولكن الغريب أن يسقط معظم علمائنا المعاصرين بنفس الحفرة فلا نجد في مؤلفاتهم إلا القليل عن مساهمة علمائنا في إثراء الحضارة والمعرفة الإنسانية بما قدمه: ابن سينا، والكندي، وابن رشد، وأبو بكر الرازي، والفارابي، والغزالي ومئات آخرون ممن تمتلئ المكتبات الأوروبية والروسية والأمريكية بخطوطاتهم. وها هو الاتحاد السوفييتي يقيم لابن سينا مجماً علمياً وتمثالاً باعتباره (مفكراً روسياً)؛ وتقيم إسبانيا تمثالاً ومركزاً للبحوث لابن رشد باعتباره جزءاً من حضارة إسبانيا. واليوم نكاد لا نجد في برامج التعليم الجامعي وغير الجامعي في (٤٠) جامعة عربية إلا القليل النادر عن تراث علمائنا^(٢).

أ - ابن سينا: كان هذا العالم طبيباً وجراحاً ونفسانياً من الطراز الفريد. أجاد اللغات اليونانية واللاتينية والعبرية والعربية وكان حوله (٦٠٠) طبيب وقام بتدريب (٣٠٠٠) آخرين. كان ابن سينا أول من اكتشف العامل النفسي في إنتاج المرض العقلي ويعتبر المؤسس الأول للطب السيكوسوماتي في بيان علاقة الأمراض الجسمية باستجابات للاضطرابات النفسية.

وقد بقي كتابه (القانون) كما ذكر المؤرخ (غوستاف لوبون) المرجع الأول الطبي في أوروبا وجامعاتها لما يزيد على (٦٠٠) سنة.

وقد سبق ابن سينا (شرنجتون وهيب) في توضيح العلاقات بين الخلل الدماغي العصبي والمرض العقلي من جهة والاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية من جانب آخر وقدم لنا كشفاً كاملاً للعلاقة بين الجهاز العصبي والأمراض النفسية والعقلية.

وفي عصر ابن سينا ٣٨٠هـ [٩٨٠-١٠٣٧م] انتشرت المصحات العقلية في شتى المناطق، وكان ابن سينا أول من طبق العمليات الجراحية لمرضى العقول: Psycho-surgery وأحرز فيها نجاحاً ملحوظاً.

كان ابن سينا نفسانياً تجريبيّاً لا يفصل مطلقاً بين أمراض النفس والاضطرابات الفيزيولوجية. استخدم التحليل النفسي وأشار على مرضاه بالزواج لتوجيه طاقات الجنس توجيهاً سديداً وسبق بذلك فرويد وأصحاب الاتجاه التحليلي.

تحدث ابن سينا عن دور الوراثة ومؤثراتها ولكنه لم يهمل تأثير البيئة، فعارض فكرة الحجز والعزل في السجون لأمراض العقول. وكان المسلمون أول من أقام المصحات للعلاج العقلي والنفسي والجسمي دون عزل بينها؛ لارتباطها وتلاحمها، فهم يعتقدون أنه لا انفصال مطلقاً بين مؤثرات البيئة ومؤثرات الوراثة. كان ابن سينا أول من فكر بالتعليل الجشثالي الشمولي لأسباب العلة وأول من طبق العديد من أساليب العلاج دون التعصب لمسح واحد. استخدم الأدوية والمقاقير، واستخدم الحمامات والاسترخاء. طبق الجراحة، ونصح بالزواج. نادى بتغيير (بيئة المريض) وتنظيم غذائه وفتح بذلك الباب أمام العلاج السلوكي ومفاهيمه. قام بتصنيف الأمراض

بأنواعها ودرجاتها مستفيداً من منهجية أرسطو والمعرفة الفيزيولوجية عند أبقراط؛ ومن أسلوب جالينوس. وترك ابن سينا لنا مدرسة كاملة في الطب النفسي والعصبي وتراثاً خالداً يقوم حالياً العلماء السوفييت في اكتشاف كنوزه في الوقت الذي تقع على كواهلنا مسؤولية إحياء هذا التراث وبعثه.

ب- ابن رشد (١١٢٦ - ١١٩٨): كان ابن رشد عالماً وطبيباً وفيلسوفاً. احتوى كتابه الخالد (الكليات) أعظم نظرياته الطبية. قام ابن رشد بتصنيف الأمراض وفرّق بين الأمراض العقلية الحادة والأمراض المزمنة. وقال ابن رشد: «إن بؤرة المرض هي في الدماغ والطن» وبذلك التحام واضح بين الفيزيولوجيا والأمراض العصبية والعقلية وشدد على الأثر النفسي وعوامل البيئة في تكوين المرض. اعترف ابن رشد بأثر العامل الوراثي في تكوين المرض العقلي، ولكن الشك النقدي اللاذع الذي اشتهر به ووضعه سباقاً لمنهج الشك عند (ديكارت) ودفعه لرفض الدين في تعارضه مع الغزالي، مفضلاً النظرة الموضوعية العقلية لتحليل الأمور، قد جمل معظم المؤرخين الغربيين أمثال آرنولد تويني وكارليل وغيرها يعتبرون (ابن رشد) عملاقاً من العمالقة الذين وضعوا مساهمات ضخمة للحضارة والنهضة الأوروبية الحديثة وسمّوه (المعلم الثاني) بعد أرسطو. ابن رشد نشر مبادئه السيكوفيزيولوجية في مئات المصحات العقلية التي انتشرت في إسبانيا (أندلس الأسس) وقام بمعالجة المرضى باستخدام وسائل متعددة دون الاكتفاء بأسلوب واحد. وقد ساقه عقله النقدي لرفض الوراثة والتركيز على البيئة تشخيصاً وعلاجاً ونادى بتغيير سكن المريض وبيئته. واستفاد فيما بعد رواد النهضة الأوروبية وعلى الأخص إسكيبول وجال، وايتارد، وسبرزهايم من أفكاره وأعماله.

ومها يكن من أمر، فما تركه أبو بكر الرازي، والطبيب الكندي^(٢) ومئات غيرهم يجعلنا ندرك أن للعرب والمسلمين دوراً حضارياً فذاً لا يجوز بحال إهماله أو التنكر له.^(١)*

وذكرنا أحد مؤرخي الطب المحدثين (غريغوري زيلبورج: Gregory Zilborg) بالخصائص العامة التي طبعت (الطب النفسي) عند العلماء المسلمين كالتالي:

- (١) لقد كان المسلمون والعرب أول من قام باكتشاف العامل النفسي والعصبي في الأمراض العقلية والجسمية فهم بذلك أول من أسس ما نطلق عليه حالياً (الطب السيکوسوماتي)، وعارضوا السجن والعزل لمرضى العقول وفتحوا لهم (المصححات) الخاصة بهم.
- (٢) قاموا بتصنيف الأمراض قبل (كراملين) وميزوا بين أنواعها ودرجاتها، وأوضحوا علاقة الاضطراب الانفعالي بالمرض وهذا لم يظهر بوضوح حتى مطالع القرن العشرين، وكذلك فكرة دراسة (تاريخ الحالة) التي كان أول من ابتكرها ابن سينا وابن رشد والكندي.
- (٣) أقاموا مئات المصححات العقلية والنفسية واستخدموا الجراحة والأدوية والتدليك والحمامات والراحة وتغيير بيئة المريض، وعالجوا الجملة العصبية دون عزلها عن أمراض الجسم والحالات النفسية للمريض، كما نادوا بفكرة التعاطف الاجتماعي والعلاقات الإنسانية.

أوروبا والعصر الوسيط الغربي:

تعتبر هذه المرحلة من أشد العصور ظلاماً وقسوة ضد مرضى العقول.

فقد اتصفت تلك الفترة بسيطرة رجال الكنيسة (الإكليروس) الذين كانوا يحرقون العلماء والمصلحين. ويشير الدكتور مصطفى فهمي في كتابه (علم النفس الإكلينيكي)^(٥) قائلاً: « وكان المسؤول عن هذه التكنسة، سيطرة الكنيسة على عقول الناس في تلك الفترة المظلمة. وتمدنا الإحصائيات الواردة خلال تلك الفترة ببيانات مروعة؛ فقد تم قتل ١٠٠,٠٠٠ بفرنسا أيام حكم (فرنسيس الأول) من هؤلاء التمساء من مرضى العقول. وفي جنيف تم إحراق (٥٠٠) بالنار في غضون ثلاثة أشهر عام ١٥١٥. واستمر ذلك لمطالع القرن (التاسع عشر). فلم تكن في أوروبا مستشفيات أو معاهد خاصة تقوم على رعايتهم أو اعتبارهم بشراً. فالأماكن التي كانوا يوضعون فيها كانت عبارة عن سجون حقيقية، يزورها الجمهور أحياناً لكي يشاهدوا الحركات المضحكة التي تصدر عن هؤلاء التمساء. والأمثلة على سوء المعاملة لمرضى العقول عديدة وكثيرة. فالحريق الذي اندلع في لندن عام ١٨١٤ في مستشفى يورك: York Hospital وابتلع بنيوانه آلاف المرضى العقلين هو مثال صارخ أدى لثورة الجماهير وتكليف (صموئيل تيوك Samuel Tuke) أحد مؤسسي الملجأ بإجراء تحقيق انتهى منه بالتقرير التالي:

« الملجأ ليس فيه أية نوافذ للهواء في الغرف؛ ما عدا غرف الأغنياء. أما غرف الرجال فقد حولت إلى عنبر واحد كبير. وقد تجدد في ركن واحد (١٠٠) مخلوق وقد حشروا معاً حشراً. لا يوجد أية عناية بنظافة المكان، وهناك إهمال تام للترويح، وتجديد الهواء معدوم، أما الدهاليز الأخرى فهي أسوأ حالاً. والدور الأرضي محاط كالسجن بأسياخ من الحديد. »

أما في فرنسا فقد كتب الدكتور إسكيرول Esquirol وهو (طبيب

نفسى) تقريراً عن ظروف ملاجئ مرضى العقول بقوله:

« لقد رأيتهم - أي المجانين - عرايا أو تغطى أجسادهم بالحرق البالية..
ينامون على أكوام من القش لكي تقيهم من برودة بلاط هذه الغرف
الرطبة.. وقد كانوا محرومين من الهواء النقي والماء الذي يروي ظمأهم،
بل إنهم قد حرموا من أشد الأشياء ضرورة للحياة. »

عصر النهضة الأوروبية الغربية:

أنكر العالم السويسري باراسيلسوس Paracelsus (ثيوفراستوس فون
هوهنهايم T. V. Hohenheim ١٤٩٣ - ١٥٤١) علم التنجيم واعترف
بالأسباب السيكولوجية للمرض العقلي، ووضع نظرية (المغناطيسية الجسمية
Bodily Magnetism)، وهي بدايات التنويم المغناطيسي:
Hypnosis + Hypnotism. وقام الطبيب المساوي (مسر Anton
Mesmer) بتنويم المرضى لملاجئهم. وفي أواخر القرن التاسع عشر أصبح
العلاج بالتنويم في مدرسة (شاركو) بدعة العصر، وشاع حتى استخدمه
(بروير وفرويد).

وقد نشأ التحليل النفسي Psychoanalysis من التنويم المغناطيسي.
وقابل التنويم على يد (شاركو: Charcot) نجاحاً في العلاج العصبي بمستشفى
سالبتريير Salpetriere Hospital وقد اهتم اهتماماً بالفاً بدراسة (المستريا)
وعلاجها؛ واستبعد أن يكون هذا المرض نتيجة لإصابات في الجهاز
العصبي. وكان (فرويد) واحداً من تلاميذ (شاركو) ومتخصصاً في (الطب
العصبي). واستطاع فرويد تصحيح المفهوم بأن المستريا تصيب فقط النساء
بسبب تحول الرحم في جسم المرأة طلباً للإشباع الجنسي. ووجد فرويد

حالات الهستيريا عند الرجال ونحطى (التنويم) باعتباره أسلوباً ناقصاً حتى وصل إلى أسلوب (التحليل النفسي).

وقد قام (فيليب بينيل Philippe Pinel) أستاذ إسكيرول بفك قيود النزلاء بمستشفى Bicetre Hospital وهياً لهم إقامة صحية ممتعة، وتنظيم نزاهات؛ وجولات حرة؛ وشدد على ضرورة دراسة تاريخ الحالة وعمل ملف لها. وواصل (إسكيرول: Esquirol) طريقة أستاذه وكان من أعظم ما نشره كتابه الشهير (الأمراض العقلية): Mental Illnesses وميز فيه بين (الجنون): Sanity + Madness، وبين (الضعف العقلي): Feeble-mindedness.

وقام (إسكيرول) أيضاً بتدريب المرضى. وبالرغم من أن نظريات دراسة الدماغ للطبيبين الألمان (جال - وسبرزهايم) كانت مهيمنة؛ فقد استطاع (إسكيرول) اقتراح محك سيكولوجي وطائفي: Functional Psychological Criterion.

وقد استعاد (إسكيرول) من دراسات الطبيب الفرنسي (إيتارد) Itard بالاهتمام بضعاف العقول، وتصنيف هذه الفئة اعتماداً على استخدام اللغة ومن الطريف أن نذكر أن المحكات الحالية لتحديد الضعف العقلي والدكاء هي في أغلبها لغوية Linguistic.

ثم جاء الطبيب (سيجان) فقاد حركة تدريب ضعاف العقول بفرنسا مستخدماً (الأسلوب الفيزيولوجي Physiological Method) لتدريب الحواس والمعضلات: Muscles + Senses Training وتابعه في عصرنا الحديث (كيبهارت Kephart) حير جامعة سيراكيوس بولاية نيويورك، وغيره كثير. ودخلت لوحة الأشكال لسيجان المكونة من كتل خشبية مختلفة

الأشكال يضعها المعحوص في أماكنها بسرعة قصوى نطاق (الاختبارات العملية).

وهكذا انحصر اتجاه المدرسة الفرنسية حول - الصعف العقلي وعنه النفس المرضي - وكان معظم اهتمامات تلك الدراسات هي (الاهتمامات الإكلينيكية) أكثر مما هي تجريبية؛ وباختصار لم يكن هذا كافياً لظهور المنهج الكمي Quantitative الذي يطع اختبارات الذكاء الحديثة ويعتمد على إجراءات التحك والتقنين والضبط. وسنقف هنا قليلاً وعند هذا الحد إلى أن يهض في فرنسا واحد من رواد القياس وهو (الفريد بينيه) Alfred Binet.

أما في (أمريكا اللاتينية) فقد كان أول مستشفى عقلي في مدينة سان هيوليتو بالمكسيك: San Hipolito Hospital وقد أشرف عليه الطبيب برناردينو ألباريتز: Bernardino Alvarez. وكان أبرز من نادى في ألمانيا بضرورة معاملة مرضى العقول معاملة إنسانية الطبيب أنطون مولر (1855): Anton Muller. وطالب فيسنزو شياروجي Vicenzo Chiarugi (1820) في كتابه (مئة ملاحظة) في الأمراض العقلية بالشفقة في علاج مرضى العقول.

ويرى الدكتور عطية محمود هنا في كتابه (علم النفس الإكلينيكي) بأن الفضل في وضع بذور علم النفس للمصور الحديثة يرجع إلى الفلاسفة التجريبيين في إنجلترا أمثال بيركلي، وهيوم، وهارتلي، وحيبس ميل، وحون ستيوارت ميل وألكسندر بين^(٦).

ويعتقد جوليان روتر J. Rotter بأن البدايات الأولى لعصر النهضة تلورت في اتجاهين^(٧):

١) اتجاه دراسة السلوك الشاذ والتخلف العقلي: وكان من أعلام هذا الاتجاه بين الأطباء الفرنسيين والألمان لويس رويستان L. Rostan وجان شاركو J. Charcot وإميل كرايبلين E. Kraepelin وأرست كريشمر E. Kretschmer وتركز الاهتمام حول أعراض الهستيريا، والتوهم. وظهر في الولايات المتحدة ليتز وايتمر: L. Witmer مؤسس أول عيادة إكلينيكية في جامعة بنسلفانيا عام ١٨٩٦ للأطفال المضطربين عقلياً وانبغالياً ثم جاء وليم جيمس: W. James.

٢) اتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس: وقد تزعم هذا الاتجاه (غالتون: F. Galton) وتابع الاهتمام بعده بالفوارق الفردية جيمس ماكين كاتل James Mckeen Cattell ونشر عام ١٨٩٠ مقاله عن (الاختبارات والمقاييس العقلية) وجاء بعدها الفريد بينيه بالتعاون مع تيوفيل سيمون وأصدرا أول اختبار للذكاء لقياس القدرة العقلية لأطفال المدارس في عام ١٩٠٥. وظل هذا الاختبار يتطور ويتعدل حتى أصبح معروفاً باسم اختبار: ستانفورد - بينيه للذكاء المصمم على أساس مفهوم (العمر العقلي) The Mental Age. ويجب أن لا يفوتنا القول بأن اختبارات غالتون ارتكزت حول (الطابع الحسي) لقياس التمييز السمعي والبصري، وتميز الإحساس الحركي وقوة الحركة وزمن الرجوع ولكن الاتجاه الإكلينيكي في ألمانيا وإيطاليا على يد كرايبلين، ومنستربرغ وآيبينغهاوس، ودي سانكتس اهتم (بالطابع العقلي)، وعلم النفس المرضي وعلى الأخص هرمان آيبينغهاوس الذي يعتبر مؤسساً لعلم النفس التجريبي والتعلم.

وقد تأثر جيمس ماكين كاتل بمدرسة لايبزغ الألمانية التي كان يقودها (ويلهلم وانديت: W. Wundt) وتركز اهتمامه حول الفروق الفردية. وعلى

أثر انتشار بحوث كاتل برز علماء عديدون أمثال جاسترو، وجيلبرت، وفرانس بواس، وكلارك وزلر وأصبحت فكرة القياس ومعاملات الارتباط الشغل الشاغل لهؤلاء العلماء .

الاتجاهات الحديثة لعلم النفس الإكلينيكي:

يرى المؤرخون لتطور علم النفس الإكلينيكي أن الاتجاهات المتعددة التي سار بها العلماء تبلورت في اتجاهين رئيسيين هما:

١ - المدرسة القياسية: **Measurement + Testing School**

٢ - المدرسة الديناميكية: **Dynamic or Boston School**

أما مدرسة القياس فقد اهتمت بمبدأ المروق الفردية **Individual Differences** واستخدمت الملاحظة والقياس ومن أشهر علمائها عالون Galton وبييه Binet وتيرمان Terman ثم جاء كاتل Cattell واشتهرت أبحاثه واختباراته العقلية في جامعة بنسلفانيا: **Mental Tests** في عام ١٨٩٠ وقد ساهم مع وودوورث: Woodworth ، وثورندايك: Thorndike أحد أقطاب جامعة كولومبيا بنيويورك تطوير الاتجاه القياسي الإحصائي؛ والوصول إلى نتائج إيجابية. أما عالمة نورثوورثي: Northworthy فقد استخدمت الاختبارات النفسية عام ١٩٠٦ لإجراء دراسات مقارنة **Comparative Studies** بين العاديين وضعاف العقول. ويعود الفصل إلى جودارد Goddard وبيرت Burt وكولمان Kuhlman في ترجمة عدة اختبارات من الألمانية والفرنسية إلى اللغة الإنجليزية. أما تيرمان Terman فقد كان تركيزه حول المروق بين

الأغبياء والأذكياء في عام ١٩١٦. وظهرت لوحة الأشكال التي عرفت باسم لوحة (سيجان) وتعاون معه بها وابنمر Witmer وهيلي Healy وفي أواخر عام ١٩١٧ ظهر اختبار بنتر- باترسون المتضمن عدة لوحات للأشكال:

Pinter - Paterson Scale of Performance Tests

وبعض اختبارات ثانوية أخرى.

وجاءت الحرب العالمية الأولى لتوجه الأنظار نحو اهتمام جديد هو (الاحتبارات الجماعية: Group Tests)، وبرزت اختبارات ألفا، وبيتا للذكاء في الجيش الأمريكي:

Alfa + Beta Military Tests

وظهر أول اختبار للشخصية على يد (وودوورث):

Woodworth Personal Sheet

التي كانت بداية رائدة لاختبارات الشخصية حتى العصر الحاضر.

والملاحظة تقودنا إلى أن اهتمام معظم السيكولوجيين الإكلينكيين قبل الحرب العالمية الثانية كان متوجهاً نحو علاج مشكلات الأطفال Children Problems والعيادات المحلية: Local Clinics وإدارة الخدمات العامة في الولايات، ومؤسسات المعوقين وضعاف العقول: Retarded Institutions ومراكز الأحداث Delinquency Centers وإعداد الاختبارات التي تقيس القدرة العقلية والتحصيل المدرسي والاستعدادات سواء كانت ميكانيكية أو موسيقية أو غيرها وكشف نواحي العجز والصعوبات سواء كانت في الذاكرة أو النطق أو الإدراك السمي أو البصري أو اللغة.

وكان اختبار ستانفورد - بينيه مرجعاً جوهرياً. وظهرت طرق علاج بواسطة اللعب مع الأطفال Play - Therapy قام بتطبيقها آنا فرويد Anna Freud وميلاني كلان Melanie Klein كجزء من أسلوب التحليل النفسي الفرويدي: Psychoanalysis وتركز العمل الإكلينيكي في مستشفيات الولايات: Hospitals of States وإدارات السجون Administration of Prisons وفي المدارس الملحقة بها. وكان العلاج للسجناء فردياً وجماعياً.

ورز الاهتمام في (اختبارات الشخصية): Personality Tests بين الراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية في أواخر الثلاثينات وبداية الأربعينات. وانحصرت (الكتب الإكلينيكية) في تلك الفترة في شرح الاختبار، وطريقة إجرائه، وتصحيحه وتفسيره.

وأدى قيام الحرب العالمية الثانية لتغييرات بارزة:

- أ- هجرة الكثير من علماء النفس الإكلينيكين من أوروبا إلى أمريكا.
- ب- تقليل الاهتمام باختبارات الذكاء، والتركيز حول الشخصية السوية وغير السوية.
- ج- اهتمام وزارة الصحة الأمريكية بالبحوث الإكلينيكية والعلاج وبالذات للكبار.
- د- مواجهة المشكلات الناتجة عن الحرب وظهور العلاج الجماعي. (Group Therapy)
- هـ- بروز الاتجاه المتمركز حول العميل (كارل راجرز) كفرع للتحليل النفسي.

و- عقد مؤتمر (بولدر) في ولاية كولورادو عام ١٩٤٩: Boulder Conference لتنظيم مؤتمرات الأخصائي الإكلينيكي وإعدادة وضرورة حصوله على إجازة الدكتوراه.

ومع قدوم عام ١٩٦٠ ثلاث مشكلة علاج (قدماء المحاربين) واتجهت الجهود نحو (مشكلات الأطفال) من جديد.

أما المدرسة الديناميكية في علم النفس الإكلينيكي فتتمثل بأقطاب (جامعة بوسطن) Boston Group وتتكون من مؤسس علم النفس الأمريكي وتلميذ (وانديت) - في لايزغ - العالم وليم جيمس W. James وستانلي هول S Hall وولتر سكوت W. Scott^(١). ويشير الدكتور عطية محمود هنا إلى أن هؤلاء العلماء ربما لا يمكننا أن نطلق عليهم اسم (أخصائيين إكلينيكيين) إلا أن تفكيرهم كان أقرب إلى علم النفس الإكلينيكي والطب العقلي من علماء عصرهم أمثال (تشنر Titchner) الذي اهتم منذ عام ١٩٠٣ بالعمليات الشعورية العقلية.

ولكي نضع القارئ وجهاً لوجه أمام التغيرات التي طرأت على الميدان الإكلينيكي بعد (حربين عالميتين) فلا بد أن نذكر ما يأتي:

تغيرات معاصرة في الميدان الإكلينيكي:

(١) اتجهت أنظار العلماء الإكلينيكيين من الاهتمام بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.

(٢) اتجهت الأنظار من الاهتمام الشديد بقياس الذكاء ونواحي العجز الوظيفي العقلي إلى الاهتمام بقياس صفات الشخصية والتوافق.

٣) تحول الاهتمام من تصنيف الشدود العقلي والتشديد على وظيفة
السيكولوجي كمطبق للاختبارات ومفسر لها، إلى الاهتمام بالعلاج النفسي
الفعلي، وعلاج الحالات^(١٠)

التيارات المساهمة في نمو وارتقاء الميدان الإكلينيكي:

لقد وجد علم النفس الإكلينيكي نفسه محاطاً (بسته حوافز دافعة)
تعمل كلها بشكل متلاحم على دفعه وتطويره وهي:

- ١) نمو التيار السايكايترى (الطب النفسي).
- ٢) تأثير التيار الجشتالتي.
- ٣) تأثير تيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي.
- ٤) تأثير تيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي.
- ٥) ظهور العيادات النفسية.
- ٦) ظهور الاختبارات وانتشارها.

١) نمو التيار السايكايترى (الطب النفسي) Psychiatry :

يربط هذا التيار الأمراض العقلية والنفسية بالطب، ويقود هذا
الاتجاه (حديثاً) الطبيب الألماني (كراپلين Kraepelin) الذي اشتهر بتصنيفه
للأمراض العقلية:

Kraepelin's Classification وقسم الأمراض العقلية إلى مجموعتين:^(١١)

١ - جنون الهوس والاكتئاب (الجنون الدوري):

Manic - Depressive Psychosis وسببه في نظره خلل في عملية الهدم والبناء الخلوي (المتوبلازما) وربط ذلك بالوراثة Heredity.

٢ - الفصام أو (جنون المراهقة Schizophrenia): ويرجع هذا المرض إلى اختلال في الغدد الجنسية. وتوصل إلى هذه الاستنتاجات كطبيب، وفتح الباب لبدء الصراع بين الأطباء والنفسانين. ووقف في وجهه (جان شاركو وسيجموند فرويد) وهما طبيبان نفسانيان يريان أن الأسباب وراء المرض العقلي هي أسباب نفسانية وليست جسمية، وكذلك بالنسبة لاضطرابات الشخصية.

ويرى الدكتور عطية محمود هنا بأن (التعليل الطبي) نظر لأعراض المرض: The Symptoms of Illness دون محاولة اكتشاف العوامل المؤدية لنشأته أو السعي وراء أسبابها واكتشاف العوامل الديناميكية المكونة لها.

ويضيف الدكتور هنا بأن المدرسة الفرنسية للطب النفسي أثرت أكثر على تطوير الميدان الإكلينيكي مما فعلته مدرسة الطب النفسي الألمانية. فكان هناك (بيير جانيه P. Janet) الذي درس الوسواس والخاوف المرضية، وجان مارتين وجان شاركو في استخدام التنويم لعلاج الهستيريا والاضطرابات الوجدانية، وكذلك مورتون برنس M. Prince الذي أثار ظاهرة الانفصال في دراسة الشخصية واهتم بالمنهج الإكلينيكي منذ الأيام المسكرة^(١٣).

وقد أكد (وليم جيمس) قبل (فرويد) وجهة النظر الديناميكية في كتابه الشهير (مبادئ علم النفس) الذي نشر عام ١٨٩٠. وترك (ستانلي هول)

تأثيراً مماثلاً رغم إعجابه بنظرية داروين، وقد أتاح أمام (فرويد) فرصة عرضه آراءه في التحليل النفسي في جامعة كلارك عام ١٩٠٨. أما أدولف ماير A. Mayer فقد اهتم بضعاف العقول من الأطفال والمراهقين، كما ظهر (بريل A. A. Brill) كمحلل نفسي في نيويورك وترجم الكثير من مؤلفات فرويد إلى الانجليزية واستطاع إبراز الجوانب الديناميكية في علم النفس معرض بحوث فرويد حول المستريا والمصاب. واشتهر من الأخصائيين الإكلينيكين بلانشارد، وكونكلين، وكولمان وماتير وغيرهم.

٢ - تأثير التيار الجشثالي:

لم يقف تأثير التيار الجشثالي عند حدود ضيقة وإنما تعداها إلى الظاهرة النفسية بكل أبعادها. وفي تشديده على المنهج العلمي أثار في المجالين النظري والتطبيقي - العلاحي لعلم النفس الإكلينيكي.

إن المدرسة الجشثالية لم يقتصر اهتمامها بفكرة (التجريب) داخل مختبرات علم النفس، وإنما أشاعت (مبدأ التنظيم) الذي يتحكم في جميع أشكال الحياة الداخلية للكائن الحي وفي حياته الخارجية، أي بين البيئة التي يعيش فيها. ومن أهم ما قدمته مدرسة الجشثالت لعلم النفس الإكلينيكي (فكرة المجال) التي تؤكد على التفاعل بين عناصر الموقف. وتنظر للموضوع نظرة كلية شاملة: The Whole.

وباستخدامنا للملاحظة المقارنة: Comparative Observation نلاحظ أن فكرة (ليفين K. Lewin) عن النظام الدينامي للتوترات The Dynamic System of Tensions كان بمثابة نموذج لفكرة كانون Cannon عن التوازن الحيوي: Homeostasis وخفض التوتر Tension Reduction

والتي استفاد منها علم النفس الإكلينيكي في تحليل السلوك وتفسيره وتعديله:

. Behavior Modification and Interpretation

وهذه النظرة للكائن الحي نظرية مستقبلية في الإطار المرجعي للسلوك

Future Reference Point for Behavior في مقابل الماضي الذي انحصرت فيه نظرية (التحليل النفسي).

وتؤكد نظرية ليفين في المجال أن المجال النفسي تحدده العوامل الاجتماعية Social Factors أكثر مما تحدده العوامل الطبيعية. ويعتمد فهم ليفين في فهم السلوك على نظرة - غير تاريخية - فهو يرى علاقة متزامنة متعاصرة بين السبب والنتيجة: Contemporaneous؛ ويبرز هذا في دراسة الشخصية في أن أهمية الماضي تنحصر قيمته من حيث كونه حاضراً (هنا، والآن Here and Now). وقد ساعدت هذا المفاهيم في التعديل السلوكي والعلاج وفهمنا لشخصية الفرد وسلوكه.

٣ - تأثير تيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي:

إن من أهم الإبحازات التي حققها علم النفس التجريبي هي بحوث التعلم التي ولدت تأثيراً مباشراً على علم النفس الإكلينيكي في المجالين السلوكي والعلاجي. وقد أوضح (ميللر ودولار N. E. Miller + J. Dollard): في كتابها عن الشخصية والعلاج النفسي قيمة التعلم ونظرياته في فهم السلوك وتعديله في ضوء نظرية العاملين. وقد تأثر المؤلفان بأفكار (هـل Hull) في التعلم.

ويرى الدكتور عطية محمود هنا بأن علم نفس التعلم قد يكون معجزة المستقبل القريب في رفع الحواجز التي بقيت تعزل بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس التجريبي إلى سنوات عديدة،^(١٣) وقد يساهم في توحيدها وتقريب شقة الخلاف بينها.

والذي يجب أن نسجله كإنجاز عظيم لنظريات التعلم؛ هو تقديمها (العلاج السلوكي) Behavioral Therapy إلى علم النفس الإكلينيكي.

٤ - تأثير تيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي:

يقترن هذا الاتجاه باسم العالمين: سينغ؛ وكومس Syngg + Combs وقد اهتم كل منهما بالإطار (المرجعي الضمني الداخلي للإنسان) وعلاقته بالسلوك: Internal Frame of Reference بينما انصرف أصحاب المدرسة السلوكية الكلاسيكية والحديثة منذ واطسون إلى سكينار؛ انصرفوا للاهتمام بالإطار المرجعي الخارجي والملاحظة الخارجية لمظاهر السلوك: External Frame of Reference. وقد احتلقت هذه المدرسة عن التنظير التاريخي الذي تبلورت حوله مدرسة التحليل النفسي Historical Frame of Reference وقد اتضح هذا الاتجاه في بحوث (مورفي Murphy) عن الشخصية؛ وكتابات (ليكي Lecky) في مفهومه عن الاتساق الداخلي Self - Consistency وفي عصرنا الحاضر برز هذا الاتجاه بوضوح على يد صاحب العلاج المتمركز حول العميل العالم النفساني كارل راجرز Carl Rogers وهكذا ساهم هذا الاتجاه في فهم السلوك المرضي وتعديله وفتح الباب لظهور الاختبارات الإسقاطية.

٥) ظهور العيادات النفسية:

يذكر (والتر كوفيل) في كتابه *The Psychology of Exceptionals* بأن أول عيادة ظهرت في مستشفى بلوكلي بفيلا دلفيا عام ١٧٥٣ Blochly Insane Asylum, وكانت قبل القرن التاسع عشر المؤسسة الوحيدة الأخرى للمضطربين عقلياً في الولايات المتحدة الأمريكية هي مستشفى الأمراض العقلية في فرجينيا عام ١٧٧٣؛ وقد حث (أبو الطب النفسي الأمريكي) بسجامين رش Benjamin Rush (١٧٤٥ - ١٨١٣) على ضرورة الاهتمام بمرضى العقول وقام بوضع أول برنامج للطب النفسي في أمريكا. وفي الصف الأخير من القرن التاسع عشر قادت حركة الإصلاح في ميدان الطب العقلي الأحصائية دوروثي ليند ديكس: Dorothea Lynde Dix (١٨٥٧ - ١٨٠٣) وتم على يديها إخراج المرضى من الملاجيء والسجون وامتد تأثيرها إلى كندا وانكلترا. وتشكلت بعدها في ولاية يوتيكاً أول جمعية عام ١٨٤٦ باسم: الجمعية الطبية النفسية الأمريكية: American Medical - Psychological Asso في عام ١٨٨٠ وتحولت فيما بعد إلى جمعية الطب النفسي الأمريكية: American Psychiatric Association ويعتبر (لايتنر وايتمر: Lightner Witmer) من أوائل الرواد في تأسيس أول عيادة خاصة خاصة بمشكلات الأطفال عام ١٨٩٦ في جامعة بنسلفانيا: Pennsylvania University Clinic .

وقدم للجمعية الأمريكية لعلم النفس منهجاً إكلينيكياً في البحث والتعليم والتشخيص مشتقاً من اختبارات فردية طمقت على عينات كبيرة. ولم ينل من الآخرين التقدير اللائق به ومجهوداته ويعتبر وايتمر Witmer أبو العيادات النفسية. وقد اشتهر في المجال العيادي (بيير C. W. Beer) ،

في مساهمته بتحسين العناية بالمرضى المصابين بالأمراض النفسية والعقلية، وعلاجهم، ومحاولة الوقاية منها وفتح عيادات لإرشاد الأطفال.

الحركة العيادية في الوطن العربي:

كانت (جمهورية مصر العربية) الدولة الرائدة في الوطن العربي في البداية في تطوير الميدان الإكلينيكي والحركة العيادية. ويعتبر الأستاذ القباني والدكتور النحاس المؤسسين الأوّلين لإنشاء أول عيادة طبية تربوية نفسانية عام ١٩٣٤ بكلية التربية في جامعة عين شمس بالقاهرة. وقد شارك مع الرواد الأوائل الأساتذة المتخصصون كالدكتور عبد العزيز القوصي، وعطية محمود هنا، وعياد الدين اسماعيل، ومحمد فؤاد جلال، ومصطفى فهمي، وأحمد ركي محمد، واسحق رمري، وعثمان هراج، وأحمد زكي صالح، وعبد المنعم المليجي، وسيد غنيم، وأحمد عبد العزيز سلامة، ومحمود زيور، وهدى برادة، وعبد السلام عبد الغفار، وحامد زهران، وغيرهم ممن يشغلون مناصب استشارية. ثم انشئت (العيادة النفسية للصحة المدرسية) ثم انشئت عيادة نفسية في كلية البنات الجامعية في كلية الآداب بجامعة عين شمس وكلية التربية بالجامعة الأزهرية، عدا العيادات النفسية المرتبطة في العلاج النفسي بمختلف المستشفيات. ولا يفوتنا الإشارة لعيادة الدكتور محمد عثمان نجاتي في الزمالك بالقاهرة، وعيادة الدكتور محمد أحمد غالي بالقاهرة والكويت.

أما في الجمهورية العربية السورية فقد بدأ مسيرة الصحة النفسية الدكتور جيل صليبا، والدكتور فاجر العاقل، وابطون المقدسي، وكامل العياد، ونعيم الرفاعي، وجمال الأناسي، وهشام بكداش ومعظمهم أساتذة

في الطب النفسي وعلم الأعصاب، وعلم النفس، والتربية وآخرون.

أما في الجمهورية اللبنانية فقد كان الدكتور نزار الزين واحداً من أعلام الحركة العيادية - الاكلينيكية في الجامعة اللبنانية ويجب أن لا ننكر مجهودات الجامعة الأمريكية في بيروت ومستشفاها في هذا المضمار؛ ورواد أمثال عدنان حب الله ومنير شمعون ومصطفى حجازي وادوارد عارار وعبد الرحمن اللسان وغيرهم ممن يقود في لبنان حركة الطب النفسي والعلاج.

ولعل من أكبر الفجوات التي يتعرض لها الميدان الإكلينيكي وأخصائيوه في الوطن العربي هو (التثنت) وعدم التعارف، وعدم وجود وسيلة تربط بينهم أو تجمع جهودهم وثمة احتياج ملح لمؤتمر يقوم بتنسيق الجهود وافتتاح فروع فطرية وإقليمية لجمعية علمية لعلماء النفس كما هي الحال في كل دول العالم.

٦) ظهور الاختبارات وانتشارها: Testing Trend

على أثر انتشار العيادات؛ كان لا بد من تيار مماثل يضع في يد الأخصائيين أدوات التشخيص ووسائل التعبير والتقييم، ولم تكن مجهودات الفريد سنيه سوى البداية على هذا الطريق. ويمكننا تحديد أدوات القياس سوعين رئيسيين:

أ- اختبارات قياس الذكاء ب- مقاييس الشخصية.

أ- اختبارات قياس الذكاء: احتاز اختبار بسيه مراحل عديدة من التطوير والتحسين، وبعد أن ترحم (هودارد) عام (١٩١٠) هذا الاختبار

إلى الإنكليزية، قام (كولمان) بتعديله كما قام علماء كثيرون بتطويره كان آخرهم تعديل تيرمان مع ميريل وصدر التعديل الأخير عام ١٩٣٧ وفيما بعد (ستانفورد - بينيه) في كاليفورنيا.

أما (اختبارات الذكاء الجمعية) فقد كانت بدايتها مع بدء الحرب العالمية الأولى حيث تكونت لجنة عسكرية بإشراف:

A.P.M: American Psychological Association .

ومؤلفة من (ر. م. يركيز Yarkes وآرثر أوتيس Arthur Atis)؛ وصدرت اختبارات الذكاء العسكرية (ألفا بيتا) Army Alpha - Army Beta وهكذا فإن عام ١٩٢٠ شهد وجود اختبارات للذكاء شتى أنواعها.

أما (اختبارات الاستعداد) فقد كان للحرب العالمية الثانية أثرها بظهورها. فنشر العالم (سيشور: Seashore) نتائج أعماله عن الموهبة الموسيقية، وكان اختبار له لقياس حريثات هذه الموهبة كإدراك الإيقاع، وتذكر النغمات وغيرها شيئاً حديداً زعم فيه سيشور بأن هذه القدرات هي المسؤولة عن المحاج المحتمل في المهن الموسيقية.

أما فيما يرتبط (باختبارات الميول) فقد قدم (فريد Fred) عام ١٩٢٢ اختباراً للميول المهنية: Occupational Interest Blank وقد استكمل تصميمه لاستخدامه في أغراض التوجيه المهني Vocational Counselling وجاء بعده اختبار (سترونج) للميول المهنية: Strong Vocational Test في عام ١٩٢٧ وفي عام ١٩٤٢ توصل (كيودر Kuder) لاختبار للميول المهمة الذي يستخدم في العيادات للتوجيه الفني والمهني والتربوي.

أما اختبارات (القدرة الميكانيكية): Mechanical Ability فقد توصل

(ستنكويس) عام ١٩٢٣ لعدد كبير من المقاييس المرتبطة بمجزيئات القدرة الميكانيكية.

وقد أصدر (جيزيل عام ١٩٢٨) مقاييس واختبارات خاصة بنمو الأطفال.

وتطورت (اختبارات الذكاء) فظهر اتجاه التحليل العاملي (Factor Analysis) على يد العالم (سبيرمان) ونظرية العاملين ثم برزت على يد (تومسون) فكرة العوامل الطائفية: Group Factors ومفهوم الوصلات العقلية Mental Bonds وجاء كيري Carey وبيرت Burt وكيلي Kelley مفاهيم جديدة عن الذكاء وتمكن (ثرستون Thurstone) من تطوير التحليل العاملي واكتشاف العديد من القدرات العقلية الأولية (كالمعدية، واللفظية، وفهم معاني الألفاظ، والتذكر، والاستدلال بنوعيه الاستقرائي والاستنباطي، والعلاقات المكانية، والسرعة الإدراكية).

وجاء جيلفورد ليقرر وجود (١٣٠) عاملاً كقدرات عقلية عديدة، واستطاع تحديد (٨٠) منها عاملياً باستخدام الكمبيوتر وقدم لنا نموذج المصفوفات المورفولوجي بجانب النموذج الهرمي.

وجاء (جان بياجيه) باختباره النهائي الجديد للذكاء وتقييم قدرات التلاميذ. وبرزت مفاهيم جديدة عن القدرات العقلية على يد (انستازي، وآيزنيك - وأصحاب اتجاه قياس الموجات الدماغية أمثال جان آرثيل) وغيرهم.

ونظراً لأن اختبار (ستانفورد - بينيه) كان محصوراً بسن الأطفال حتى سن ١٥ عاماً، فقد جاءت عام ١٩٣٨ محاولات وكسلر - بيلفيو لتصميم

احساسير للدكاء (للأطغال وللكار):

أ - Wechsler Children Intelligence Scale W. C. I. C

ب - Wechsler Adults Intelligence Scale W. A. I. C.

ب - قياس الشخصية:

استطاع التقدف والتطور في اختبارات الدكاء إعطاء علم النفس الإكلينيكى دفعة قوية إلى الأمام وكانت بنفس الوقت أبحاث الشخصية وقياس جوانبها المختلفة تحرز تقدماً مماثلاً كان يعوقه فقط اختلاف نظريات الشخصية وتعددها. ويمكننا إيجاز المقاييس حسب تسلسلها الرمنى:

(١) في عام ١٩١٨ ظهر أول مقياس للعصاب Neurosis صممه العالم (وودوورث: Woodworth) وسماه: Personal Data Sheet وقام على أساس الأعراض الشائعة للعصاب.

(٢) في عام ١٩٢١ ظهر اختبار (بريسى Pressey) لقياس الانفعالات وأطلق عليه: X-O Test.

(٣) في عام ١٩٢١ أعد (وولكر Woelker) أول بطارية لاختبارات عملية لقياس الدكاء وقد استفاد منها (هارتسون وغيره) في قياس شخصية الأطفال بين ١٩٢٨ - ١٩٣٠.

(٤) في عام ١٩٢٤ أصدر (مارتسون Martson) اختباراتة عن الانبساط والانطواء على أساس مفهوم الأنماط المتعددة للشخصية.

(٥) صدر بين (١٩٢٣ - ١٩٢٤) اختبار لقياس الحالات الانفعالية

وهو: Downey Will- Temperament .

٦) في عام ١٩٣١ درس (السورت وفرنون) القيم الشخصية: كالقيم الحائلية، والاقتصادية، والدينية، والسياسية، والاجتماعية، والطرية.

ثم جاء (اختبار مانيسوتا المتعدد الوجوه)، وجاء اختبار (كوريل وبرنرويتز وبيل) وغيرها.

أما (الاختبارات الإسقاطية Projective Techniques) فقد استهدفت الكشف على ما وراء السلوك الظاهر من دوافع ونزعات وحبرات وأنماط واستجابات وقد بدأها منذ عام ١٨٨٥ العالم غالتون Galton في اختبار وسائل تداعي الكلمات: Word-Association Technique والتي استخدمها فيما بعد بشكل مبالغ فيه العالمان (بليز ويونغ) في عام ١٩٠٥ وطلّت أداة إكلينيكية نافعة لسنين طوال.

ويعتبر اختبار (الرورشاخ الإسقاطي: Rorschach) قمة هذه الاختبارات في تحليل بقع الحبر. وقد نشره السايكايترى السويسري (هيرمان رورشاك عام ١٩٢١)؛ ولم تدع شهرته حتى عام ١٩٣٧ على يد العالمين: (بيك Bech و كلومبر Klopfer) .

وفي عام ١٩٣٥ أصدر (مورجان، وموري Morgan + Murray) ، اختبار تفهم الموضوع للعيادات النفسية وأطلق عليه اسم: T. A. T. (Thematic Apperception Test) وأصبح بحاجب اختبار الرورشاخ من أبرز الاختبارات الإسقاطية وحاء اختبار استكمال الجمل وتداعي الكلمات ورسم الرجل وغيرها^(١٤).

وهكذا نجد بأن التيارات الستة المذكورة ساعدت مساعدة كبيرة في

إعداد المناخ الطبيعي لنمو علم النفس الإكلينيكي وتقدمه.

الاتجاهات الحاضرة والمستقبلية لعلم النفس الإكلينيكي:

تزداد أهمية هذا الميدان نظراً لازدياد الحاجة إليه في العصر الحاضر الذي يعاني منه الإنسان المعاصر الكثير من العضلات المعقدة. ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي الأول للصحة النفسية عام ١٩٣٠ في واشنطن؛ بدأت الدول على شتى المستويات الفيدرالية والإقليمية والدولية بالاهتمام بأولوية (الصحة النفسية) وانبثق عن هيئة الأمم المتحدة (U N) عدة مؤسسات للاهتمام بكيان الإنسان وحياته حاضراً ومستقبلاً وهي:

أ - منظمة الصحة العالمية World Health Organization

ب - الهيئة التعليمية والعلمية والثقافية للأمم المتحدة (اليونيسكو) . Unesco

ج - الاتحاد العالمي للصحة النفسية W. F. M. H

وبدأت تشريعات الصحة النفسية والاهتمام بها تأخذ المكانة الأولى في كل دولة. وقد صدر عام ١٩٤٦ في الولايات المتحدة لائحة خاصة أطلق عليها (اللائحة القومية للصحة النفسية)، وتأسس بعدها (المعهد القومي للصحة النفسية) ثم (الجمعية القومية للصحة النفسية) وبعدها (اللجنة القومية لمكافحة الأمراض العقلية).

وقامت البرامج ومراكز الصحة النفسية في جميع المستشفيات والعيادات والقطاعات ويعتبر (القسم الإكلينيكي: Clinical Division) في الـ

American Psychological Asso A. P. A. أكبر الفروع وأكثرها نشاطاً وحيوية.

وقد أشار العالم (آبت: E. L. Abt) إلى عدة انجازات حاضرة لعلم النفس الإكلينيكي وما تزال في حالة الارتقاء كتطلعات مستقبلية لا بد من استكمالها في كتابه: Progress in Clinical Psychology وحدد هذه الاتجاهات بالتالي^(١٥):

(١) إن علم النفس الإكلينيكي بدأ يتجه لوضع مفاهيمه وفروعه في صورة قابلة للاختبار والفحص Testable متمشياً مع أدق الأساليب المنهجية العلمية.

(٢) بدأ علم النفس الإكلينيكي والمختصون فيه يدركون بأنه لا بد أن يتكامل هذا الميدان بالتفاعل مع غيره من العلوم وبالذات مع كافة فروع علم النفس وميادينه (منهجياً ونظرياً) وبذلك يضمن لنفسه النمو والاستمرار والتطور.

(٣) إن علم النفس الإكلينيكي يحاول التوجه حاضراً ومستقبلاً نحو الاتجاه (الكمي) بالاعتماد على الاختبارات والقياس بجانب الوسائل التشخيصية الأخرى.

(٤) أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اهتماماً بالتنبؤ Prediction وتعتبر أبحاث حلوك وحلوك Glueck + Glueck في الكشف عن الحاج مثالا على الاهتمام بالتنبؤ.

(٥) لم يعد ميدان علم النفس الإكلينيكي محصوراً في دراسة غير الأسواء فقط The Abnormal وإنما أصبح مهتماً أيضاً (سمو الأسواء)

وتطوير مواهبهم The Normal وفي دراسات الحال، وتعتبر دراسات (بيك Beck) في الرورشاخ والشخصية السوية وبحوث (روو Roe) في شخصية - العلماء السيولوجيين - مثالا على ذلك.

٦) أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اعتماداً على المبادئ والعلوم الأخرى وعلى وجه التحديد علم النفس الاجتماعي، علم النفس الفارق، والأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية.

٧) بدأ علم النفس الإكلينيكي يهتم بوضع قضايا التحليل النفسي في صورة يمكن إجراء التجارب عليها.

٨) أصبح علم النفس الإكلينيكي يهتم بالأسس النظرية القائمة على البحث والدراسة للعلاج النفسي.

٩) بدأ علم النفس الإكلينيكي باستخدام نماذج الترميز (السيرنيقا): Cypernetics إكلينيكيًا بطريقتين:

أ - الإدراك بأن هناك (أساساً واحداً) للوظائف العقلية والاجتماعية ووسائل الاتصال المعدلة لذاتها.

ب - استخدام (التغذية الراجعة: The Feedback)، أو - التوريد العائد - على حد تعبير العالم الفيزيولوجي السوفييتي أنوكين، والاستفادة منها في معالجة كثير من التطورات القائمة في علم النفس الإكلينيكي.

١٠) بدأ علم النفس الإكلينيكي يعترف بالتفاعلات المتداخلة والعلائق، بدلاً من التفاعلات المتسلسلة: (Sequential Transactional + Intersactional)، أي أن علم النفس لم يعد يهتم بالظاهرة

السلوكية باعتبارها مثيراً ونتيجة فقط (S. R)، لكنه أصبح يهتم بعدة مثيرات متفاعلة وبنائجها مجتمعة.

ويوضح الجدول رقم (١) ناحيتين:

أ- اتجاه العمل وتطوره في أمريكا بـيدان علم النفس الإكلينيكي بالنسبة لبقية فروع علم النفس.

ب- مدى الاتجاه لاستخدام علم النفس الإكلينيكي تطبيقاً وعملياً.

جدول رقم (١) الوظائف الإكلينيكية للنفسين

نوع الوظائف/ السنة			
١٩٧٠	١٩٦٢	١٩٥٩	١٩٤٠
٤٠%	٤٧%	٥٢%	٧٥%
٦٠%	٥٣%	٤٨%	٢٥%

وبشير الجدول بأن تضاعف العدد بين ١٩٤٠ - ١٩٧٠ يصل تقريباً إلى ثلاثة أضعاف وهي نسبة مذهلة بين (٢٥% - ٦٠%)، ومع الثمانينات والتسعينات فإن الرقم تسارع في تصاعد متواصل يناسب مع الاحتمالات القائمة والملحة.

حواشي الفصل الأول

(1) Rotter B. Julian: Clinical Psychology, Prentice-Hall Inc. Engle Wood Cliffs-1964- New Jersey, U. S. A.

(٢) إن الثمرة الأولى لهذه الكارثة تخريج جيل كامل منفصل ومعزول عن حضارته وتراثه، ويرى في الحضارة الغربية مرآته الوحيدة.

(٣) راجع للطبيب الكندي كتاب الحاوي، وكتاب الطب المنصوري وعشرات غيرها.

(٤) راجع - تراث الإسلام - د. شاخت وبوزورث - سلسلة عالم المعرفة (المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت) القسم الأول، والثاني، والثالث، أكتوبر ١٩٧٨، نوفمبر ١٩٧٨، ديسمبر ١٩٧٨.

* يرى الدكتور شاعر أحمد مصطفى بجامعة الكويت أنه لا بد من (إعادة كتابة التاريخ العربي) لأن عصورنا الذهبية صورها لنا المؤرخون المستعمرون بأنها عصور ظلام، وعصور الظلام عندهم نقرأها على أنها بهضة وتقدم.

(٥) راجع د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي ص ٧، مكتبة مصر ١٩٦٧ - القاهرة.

(٦) راجع: دكتور عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٧٣ - ص ١٠٣، دار النهضة العربية - القاهرة.

(٧) راجع: د. جوليان روتر: Julian. B. Rotter Clinical Psychology, Prentice- Hall, Inc, New Jersey, U. S. - 1964.

(8) Scott W. D.: An Interpretation of The Psychoanalytic Method in Psychotherapy Abnormal Psychol. 1908

(٩) راجع د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - ص ١٧، القاهرة - ١٩٧٣.

(10) See. J. B. Rotter: Clinical Psychology, Prentice- Hall Inc - New Jersey, U. S. 1964.

(١١) راجع: الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي: ص ١٥ مكتبة مصر - القاهرة - ١٩٦٧ .

(١٢) راجع د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية - القاهرة - ١٩٧٣ - ص ١٨ .

(١٣) راجع: د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٧٣ (دار النهضة العربية - القاهرة).

(١٤) راجع د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر - القاهرة - ١٩٦٧ .

(15) Abt L. E.: Progress in Clinical Psychology, Vol 11. New York, Grune + Stratton-1956.

الفصل الثاني

علم النفس الإكلينيكي بين الحاضر والمستقبل

خطة الفصل المنهجية:

- مشكلة التعريف؟ ما هو علم النفس الإكلينيكي؟
 - تمهيد.
 - التعريف:
 - (١) الاتجاه الطبي: بيش، هايرمان.
 - (٢) الاتجاه المرضي الشذوي: حودارد، والين.
 - (٣) الاتجاه السلوكي: وايتمر، بروتماركل، دول.
 - (٤) الاتجاه القياسي: برونير-ماتير.
 - (٥) الاتجاه التوافقي: براون-روتر.
- تعريف جمعية علم النفس الأمريكي.
- تعريف هادلي.

- علم النفس الإكلينيكي! علم أم فن؟
- علاقة علم النفس بميره من العلوم:
- أ- الطب، ب- التحليل النفسي، ج- الطب العقلي،
- د- التوجيه المهني والتربوي، هـ- علم النفس الصناعي والتنظيمي،
- هـ- الخدمات الاجتماعية والجناح.
- الأهداف المعاصرة في علم النفس الإكلينيكي لعام ٢٠٠٠.
- أهمية ومجالات علم النفس الإكلينيكي:
- الحاجة الملحة لعلم النفس الإكلينيكي.
- إحصائيات مذهلة.
- المجالات النظرية والتطبيقية لعلم النفس الإكلينيكي.

الفصل الثاني

علم النفس الإكلينيكي بين الحاضر والمستقبل

مشكلة التعريف:

ما هو علم النفس الإكلينيكي؟

تمهيد:

لقد أثارَت مشكلة التعريف في العلوم الإنسانية كثيراً من الخلافات بين العديد من العلماء نظراً لاختلاف (الإطار المرجعي والمنطلق) الذي يحاول كل عالم أن يعرف به العلم أو الظاهرة التي يتناول معالجتها. ولما كانت الأمانة الموضوعية العلمية هي التي يجب أن تتحكم في تفكير العالم وسلوكه فإن واجبنا أن نعرض للقارئ هذه الوجوه المتعددة للتعريف التي تعبر عن - منطلقات - مدرسية - كالدرسة السلوكية والمدرسة القياسية والمدرسة التوافقية وهكذا... وحسبنا من عرض التعاريف بشكل (مكثف موجز) أن نضع القارئ أمام جوهر التعريف الذي يتناوله علم النفس الإكلينيكي.

لعل أول ما يبدو للإنسان هو أن علم النفس الإكلينيكي هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافاً واضحاً عن غيرهم من الناس؛ The Unusual

مما يدعو إلى اعتبارهم شواذ Exceptional أو غير أسوياء لسبب أو لآخر، يقصد مساعدتهم للتغلب على مشكلاتهم وتحقيق تكيف أفضل لهم: Adjustment + Adaptability ولا بد من عرض (الاتجاهات الرئيسية) التي عالجت مشكلة التعريف من (منطلقات أكاديمية وتجريبية) وهي.

(١) الاتجاه الطبي: بيش - هارمان.

(٢) الاتجاه المرضي - الشذوذ: حودارد - والين.

(٣) الاتجاه السلوكي: وايتمر - بروتماركل - دول.

(٤) الاتجاه القياسي: برونير - ماتير.

(٥) الاتجاه التوافقي: براون - روتر.

١ - الاتجاه الطبي: Medical School

وتمسك هذا الاتجاه على يد الطبيب (بيش BISCH ١٩٢٥) بالأساس الطبي للعلم وللمختص فيه. ويقرر بأن « علم النفس الإكلينيكي » هو علم مبني على الخبرة الإكلينيكية: Clinical Experience ولا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائياً إكلينيكياً نفسانياً ما لم يكن لديه تدريب وخلفية طبية؛ ويضيف (بيش) في كتابه: Clinical Psychology 1925 بقوله: .. وإن على الطبيب العادي أيضاً أن يؤدي تدريباً نفسانياً إذا كان يموّزه ذلك. وطبيعي أن يركز الاتجاه الطبي على وسائله الخاصة في التشخيص وفي العلاج^(١). وقد أكد (هاberman) على علم نفس طبي علاجي. وقد اعترض العالم النفساني (لوتيت LOUTTIT) على هذا التعريف بأنه لا يركز على أسس قوية؛ وهو يعكس معرفتنا القديمة للطب بالمفهوم اليوناني

ولقد وحد العصر الحديث بين الترابط بين علم النفس والطب ولهذا فلم يعد ثمة حاجة ضرورية بأن يقتصر العلاج الإكلينيكي على أولئك الذين حصلوا على تعليم طبي؛ وقد مضى على هذا التعريف ما يزيد على (٧٥) عاماً. ويدحض الواقع هذا التعريف عملياً؛ فإن معظم أقطاب العلاج الإكلينيكي النفساني من ليس لديهم أي خلفية طبية ونذكر منهم:

كارل راجرز، جرون آلبورت، وليام غلاسار، إيريك فروم، روللومي، ابراهام ماسلو، جوزيف موتين، فيكتور فرانكل، آرثر جانوف، نال بيندرم، جورج مينجار، فردريك ستولار، إيان ألفير، إيرون سينغر، دافيد هارت، وأيضاً ف. ب. سكينر وآلاف غيرهم^(٢).

وفي الوطن العربي الدكتور محمد أحمد غالي، والدكتور محمد عثمان نخاعي وعشرات غيرهم.

٢ - الاتجاه المرضي والشذوذ: Pathological + Abnormal School

ويتزعم هذا الاتجاه العالم جودارد H. H. Goddard عام ١٩١٩ والذي يرى أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يعنى بالفحص الشحي للمرد الشاذ عقلياً أو الأقل ذكاء: Subnormal. ويرى (والين Wallin) أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يتعرض إلى الجوانب العملية العقلية لسلوك الشواذ عقلياً وقصصهم بأساليبه الخاصة بالملاحظة والاختبار والتحرية. وقد انتقد علماء النفس هذا التعريف وبالذات (وايتمر Witmer) في أن علم النفس الإكلينيكي لا يعنى فقط بغير الأسوياء وإنما بهم أيضاً بالأسوياء ونموهم وتطويعهم^(٣).

٣ - الاتجاه السلوكي: Behavioral School

وقد ركز أقطاب هذا الاتجاه على (السلوك) باعتباره الميدان والهدف وموضوع الدراسة، والتشخيص.

أ- وايتمر L. Witmer: ويرى أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يدرس سلوك الفرد وعقله ونفسه (بالملاحظة والتجريب) ويتم نمو العقل والنفس بعلاجها تربوياً كما فعل في جامعة بنسلفانيا بدراسته لمشكلات الأطفال.

ب- بروتماركل Brotemarkle: الدراسة يجب أن تدور حول أنماط السلوك المنتظمة فيما بينها Inter-organized patterns وتطبيقها على الإنسان الفرد بعد تحليل إمكانياته وقدراته، والاستفادة من كافة المؤثرات العلمية طبياً، واجتماعياً، ونفسانياً للوصول للسلوك الأكمل.

وظائف ومسؤوليات علم النفس الإكلينيكي عند بروتماركل^(١):

يحدد (بروتماركل) ست وظائف ومسؤوليات لعلم النفس الإكلينيكي وهي:

- (١) تحليل أنماط استجابة الفرد وقدراته.
- (٢) اكتشاف أسباب نشأة هذه الأنماط.
- (٣) تفسير تكاملها في السلوك الإنساني.
- (٤) دراسة تكيف الفرد على أساس ما سبق ذكره.
- (٥) تخطيط منهج لإعادة التكيف أو التوافق.

(٦) تقديم التوصيات الخاصة بطريقة تطبيق هذا المنهج أو المساعدة على تنميته، أو تطبيقه بطريقة مباشرة في بعض الأحيان.

ج- دول Doll: وهو أحد تلاميذ (وايتمر) ويؤيد ما ذهب إليه (بروماركول) ويشير بأن: علم النفس الإكلينيكي يحاول تشكيل عملية توحيدية بين الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية جميعاً في تقييم مركب ذي معنى بالنسبة للتكيف الشخصي في علاقات الفرد مع المجتمع والمؤسسات الاجتماعية. وقد عبر عن مثل هذا المعنى أيضاً جيريل Gesell وهيجي Hegge وماكسفيلد Maxfield وباينتر Paynter وتيرمان Terman والين Wallin وواطسون Watson وويلز Wells. وهناك من علماء النفس من يرى بأن أصحاب التعريف السلوكي أثاروا فكرة (العلاج) في تعاريفهم ولكنهم أهملوها فيما بعد.

٤ - الاتجاه القياسي: Testing and Measurement School

وكان من أعلام هذا الاتجاه العالم (برونير Bronner) في معهد البحوث الجنائية (شيكاغو):

Institute for Juvenile Research in Chicago

وهو يرى أن الاختبارات إحصائية وتفسيرية هي الحال الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي. أما (ماتير Mateer) فشدد على أن التشخيص يجب أن يمحصر بالإطار الكمي للاختبارات:

Quantitative Diagnosis by tests.

وقد انتقد بعض علماء النفس هذا التعريف لتجاهله ديناميات السلوك.

٥ - الاتجاه التوافقي: Adaptability + Adjustment School

ويعتبر (براون ١٩٦٨ Brown) مثلاً لهذا الاتجاه الذي أوصت بأهميته جمعية علم النفس الأمريكية (A.P A) والذي يعتبر أن رسالة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه وموضوعه هي أنه يجب أن يعالج مشكلات توافق الفرد مع نفسه وبيئته ومجتمعه وتحقيق ذاته.

ويؤكد مفهوم التوافق العالم (جوليان روتر Julian Rotter ١٩٦٤) بقوله:

«إن علم النفس الإكلينيكي هو ميدان تطبيقي يهتم بعملية التكيف - التوافق النفسي للأفراد، ويتضمن هذا التوافق مشكلات عدم الشعور بالسعادة مثل مشاعر عدم الارتياح أو الإحباط، أو عدم الملاءمة، أو القلق أو التوتر في الفرد. كما يتضمن علاقات الفرد مع غيره من الناس ومطالب المجتمع الواسع الذي يعيش فيه، وأهدافه، وعاداته»^(٥).

ويرى بعض النقاد أن عيب هذا التعريف - عدم تمييزه - بين الميدان الإكلينيكي وغيره من ميادين علم النفس، ويعتقد آخرون أن (جوليان روتر) فتح بهذا التعريف الصلات مع الطب النفسي، والخدمة الاجتماعية وعشرات العلوم الأخرى.

وقد عرمت اللجنة الإكلينيكية في جمعية علم النفس الأمريكية؛ ميدان علم النفس الإكلينيكي بأنه «صورة من صور تطبيق علم النفس وهو يهدف إلى تحديد إمكانيات السلوك وخصائصه عند الفرد؛ عن طريق وسائل القياس، والتحليل، والملاحظة، والذي يقوم على أساس لكامل النتائج التي يصل إليها. بالإضافة إلى نتائج الفحص الجسمي وباريخ

الحالة، واقتراحاته، وتوصياته، لتحقيق تكيف توافقي ملائم للفرد»^(٦).

وعلى الرغم من أن الجهود كلها لم تصل إلى (تعريف شامل قاطع) يقنع به علماء النفس جميعاً رغم اختلاف منطلقاتهم وتفسيراتهم؛ فإن الخلاف رغم كونه أحياناً (ماثودولوجياً) فإن ثمة التقاء فعلياً في الهدف؛ وفي نظراً غالباً ما يكون الخلاف لغوياً أو تحليلياً: (Semantic).

ويبدو في تقريرنا أن (هادلي: Hadley ١٩٥٨)؛ في تعريفه كان أقرب إلى الاعتدال والشمول من غيره من سبق، لا سيما في تركيزه على الأسس الثلاثة:

(التشخيص، والعلاج، والبحث):

Diagnosis, Therapy and Research

بقوله: «إن علم النفس الإكلينيكي هو العلم الذي يستخدم مبادئ علم النفس ومعلوماته في تقييم سلوك الفرد وفهمه، **Diagnosis**، ووضع التوصيات **Therapeutic Plan**، والقيام بأنواع النشاط التي تؤدي إلى تعديل السلوك، **Therapy and Behavioral Modification**. وكذلك إجراء البحوث **Research** التي تؤدي إلى تنظيم السلوك الفردي وتكييفه: **Adjustment**؛ وإمكانية التنبؤ: **Prediction**»^(٧).

علم النفس الإكلينيكي! علم أم فن؟

لقد أثار (السؤال الماثودولوجي) الذي يتمثل بالزعة الطبيعية في علم النفس التجريبي؛ الذي يعتمد على الإحصاء والختبر والتجربة؛ من ناحية؛

والمنهج الذي يسير فيه علم النفس الإكلينيكي وهو أسلوب دراسة الحالة، مشكلة جذرية في اتهام علم النفس الإكلينيكي بأنه لا يمكن أن يسمى (علماً)، لأن التشخيص والعلاج فيه يتعرضان إلى مشكلات تسود فيها - التفسيرات الذاتية - للمحلل النفسي وخبرته الشخصية ومهارته في الممارسة. ويرى القياسيون والتجريبيون بأن (الإكلينيكي) عموماً يفتقر إلى أدوات قياس صارمة ودقيقة، لهذا فإن عمله غالباً ما يمكن أن يطلق عليه بأنه (فن) أكثر مما هو علم بالمعنى الصحيح. ويدافع الإكلينيكيون عن موقفهم بأنهم يتعاملون مع (إنسان) تتضمن علاقاتهم معه (ديناميات سلوكية) خاصة بطبيعته؛ ولا يمكن بحال ضبطها والإحاطة بها على الشكل الذي يمكن فيه ضبط سلوك الفأرة في المختبر وهذا ما يجعل كافة الاختبارات ووسائل الضبط عاجزة عن التفسير الكامل والإحاطة الدقيقة بالسلوك الإنساني.

ولقد شهدت السبعينات والثمانينات لهذا العصر تطوراً ملحوظاً أدخل علم النفس الإكلينيكي في المجال العلمي حتى من الناحية (الماثودولوجية) باستخدامه معظم الوسائل العلمية ووسائل التقييم التشخيصي وكأن أحلام (لاجاش) في الوحدة بين علم النفس التجريبي والإكلينيكي قد بدأت تسير في خطواتها الأولى. فقد ناشر الإكلينيكيون بتطبيق الاختبارات المقننة بشق أنواعها، واختبارات الذكاء، والفحوص الطبية لتساعد كلها في نهاية المطاف على رفع درجة الدقة والتنبؤ $Accuracy + Prediction$ فهو بذلك يقترب بكل ما يمكنه أن يفعل منه (علماً)، ولكن طبيعة الديناميات التي يتعامل معها تجذبه جذباً للطرف الآخر في أن يكون (فناً). وفي اعتقادنا أن التبادل والتعاون الماثودولوجي أصبح ممكناً. إن الفصل والحسم النهائي في هذا التساؤل يجعلنا ندرك أن علم النفس الإكلينيكي لا يمكنه أن يكون

فنأ فقط أو علماً فقط) فهو في الحقيقة يمثل (الجانبين معاً) لأن التعامل الإنساني يختلف عن التعامل مع أرقام الرياضيات أو معادلات الكيمياء؛ وهذا لا يمع مطلقاً من الاستفادة من كل مقاييس العلم وأدوات القياس.

ويرى (جوليان روتر J. Rotter) أن الضرورة تقودنا - للإجابة على هذا السؤال - أن نتفحص (نقدياً) المنهج الذي يركز عليه علم النفس الإكلينيكي وهو منهج دراسة الحالة. إن الغاية على ما يبدو من دراسة الحالة هي فهم المشكلة المطروحة من مصادر عديدة، والغاية الجوهرية والبعيدة هي القدرة على التنبؤ؛ فطالما يسير علماء النفس بطرق ومناهج تتطابق مع مناهج البحث العامة في العلوم فإن التنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل يبدو ممكناً وهنا علم النفس الإكلينيكي يعتبر علماً. ولكن حين يكتفي علم النفس الإكلينيكي بوسائل التقييم الذاتي فإنه يتحول من علم إلى فن.

علاقة علم النفس الإكلينيكي بغيره من العلوم

لقد أدركنا بما سبق أن علم النفس الإكلينيكي يتضمن مجالات ثلاثة رئيسية هي التشخيص والعلاج والبحث في السلوك الإنساني؛ وطبيعي أن تضمه هذه المجالات في علاقات متعددة ووثيقة مع غيره من المبادئ والعلوم كالطب، والتحليل النفسي، والطب العقلي، والتوجيه المهني والتربوي، وعلم النفس الصناعي والتنظيمي - الإداري، والخدمة الاجتماعية وميدان الجانحين على الشكل التالي:

أ - الطب: يهتم الطب بدراسة أمراض الجسم وتشخيصها وعلاجها. وقد

ازدادت أهميته في العصور الحديثة نظراً للتقدم في وسائل الحراحة والعلاج الكهربائي والنووي وعلاج الأشعة وكان لا بد لعلم النفس الإكلينيكي من الاستفادة والتعاون مع المجهودات الطبية في عمليتي التشخيص والعلاج لأن ما يقدمه الطب للمريض لا يجوز بحال نكران أهميته. ولقد أثبتت الحوث ما بين المرض الجسدي من علاقة بالمرض النفسي والعقلي وأثر هذه العلاقة في (سوء التكيف) أو تعديله وتحسينه. ومن الطبيعي تكون العلاقة أوثق مع (الطب النفسي) لاشتراكهما في دراسة الأمراض العصبية والذهانية.

ب- التحليل النفسي: وهو الميدان الذي ارتبط باسم (فرويد) والذي يهتم بتحليل الحرات الطفولية المبكرة للفرد؛ والعمل على تحديد صراعات اللاشعور وعلاقتها بسلوك الفرد وحالته المرضية. وقد بدأ (التحليل) كمنهج تشخيص وأسلوب علاج على يد كثير من الأطباء والعلماء وكانت علاقات علم النفس الإكلينيكي به من أطرافها الثلاثة العلاجي والتشخيصي والبحث Research .

ج- الطب العقلي: لم يكن غريباً أن تغص المستشفيات العقلية بالطبيب العقلي والأخصائي الإكلينيكي منذ البداية وحتى الآن بأعداد كثيرة، فكلها يهتم بالقياس العقلي وتشخيص الاضطراب والتعاون في العلاج والإرشاد النفسي.

د- التوجيه المهني والتربوي: إن التطور المتواصل الذي أحرزه علم النفس الإكلينيكي في تصميم الاختبارات التحصيلية والمهنية واختبارات الميول واختبارات الاتجاهات والقيم، إن هذا التطور وضع الأخصائي

الإكلينيكي وحهاً لوجه شريكاً في عمليات التوجيه المهني والإرشاد التربوي.

هـ - علم النفس الصناعي والتنظيمي: لقد دخل الأخصائيون الإكلينيكيون في مجال الصناعة، والإدارة بحكم كشمهم عن العمال المضطربين نفسياً، وإعداد برامج توجيههم وعلاجهم ولتنسيق برامج الرعاية النفسية ومشكلات العمل كالتعب والحوادث ونظام الخوافر. وقد بدأت كثير من الشركات في افتتاح مكاتب خاصة للصحة النفسية كما فعلت المدارس أيضاً. وبدأت (العيادات النفسية) في الشركات والإدارات والوزارات والمؤسسات تساهم أيضاً في تحليل العمل، وتحليل العامل وبناء جسور الموافقة بينها لتطوير العمل ورفع الكفاءة الإنتاجية معتبرة (الإنسان) والعلاقات الإنسانية محوراً لعملها وشاؤها.

و- الخدمات الاجتماعية والجناح: أصبحت مكاتب الخدمة الاجتماعية ومؤسسات الأحداث والجناحين تعتمد اعتماداً كبيراً على الأخصائي الإكلينيكي لدراسة الحالات، وإجراء المقابلات، وكتابة التقارير إلى المحاكم والمؤسسات القضائية. وقد كان من رواد هذه المكاتب الإكلينيكية العالم هيلي W. Healy الذي أسس في بوسطن منذ عام ١٩١٧ مكاتب خاصة بالأحداث، والعالم (أوعسطا برونر A. F. Bronner)؛ الذي أسس في شيكاغو عام ١٩١٩ مكاتب خاصة أيضاً بالجناحين. أما في جمهورية مصر العربية فقد كان من رواد هذه الحركة الدكتور عبد العزيز القوصي والدكتور عطية محمود هنا والدكتور عبد السلام أحمد.

الأهداف المعاصرة في علم النفس الإكلينيكي لعام ٢٠٠٠

إن العالم الذي نعيش فيه عالم متغير؛ وإن سرعة التغير فيه لم يعد قياسها عملاً سهلاً حين تصل إلى ما يزيد على سرعة الصوت في طائرة تتحرك بنا حول الأرض وتصلنا بأقطارها بينما ينفصل الجار عن جاره لشهور وسنين وهما يسكان معاً في بناء واحد. إن ثمة (فجوة إنسانية مذهلة) كما صوّرها جان بول سارتر في كتاباته. وإن علم النفس الإكلينيكي في تطوره المستمر ومسارحته مع التغير إنما يحاول (محاولة متواضعة) أن يملأ هذه الفجوة القائمة بين الإنسان ونفسه، وبينه وبين غيره. ويمكننا تحديد أهدافه المعاصرة بالتالي:

(١) العمل على اكتشاف أسس الصحة العقلية والنفسية والارتقاء بها للأفراد والجماعات.

Discovery of The Principles and Laws of Mental Health for Groups and Individuals

(٢) تطبيق مبادئ الصحة النفسية والعقلية للانتقال بالأفراد والجماعات لحالة أفضل من الانسجام والتوافق.

The Application and Implementation of Mental Health Programs for The Adjustment of Individuals and Groups.

(٣) التحرك في أساليب العلاج من (الحالات الفردية) إلى (الأسلوب الجماعي) لأن الأغلبية الساحقة من البشر ترزح اليوم تحت أعباء

الضغط والكآبة؛ بينما يجلس على الطرف الآخر القليل ممن يفضل التمرج على المعاناة.

.^(٨) Moving Towards Group + Community Therapy

ويعتبر (ماثيو ديمونت): Matthew Dumont أحد عالقة هذا الاتجاه.

(٤) التركيز نحو تحويل الاتجاهات وتعديل السلوك لمصلحة الفرد والمجتمع.
Change of Attitudes and Behavioral Modification

(٥) الاهتمام الزائد بدور الاختبارات والقياس والأسلوب التجريبي
والمناهج العلمية والتنبؤ: Testing + Prediction

(٦) الارتباط الدائم بالواقع: Reality في تشخيص جذور المرض وفي اقتراح سبل العلاج وتغيير الواقع البيئي كشرط أساسي لإعادة المريض إلى الواقع^(٩). ويعتبر العالم (ويليام غلاسار) أحد أقطاب هذا الاتجاه.

أهمية ومجالات علم النفس الإكلينيكي

الحاجة الملحة لعلم النفس الإكلينيكي:

أصبحت العناية بصحة الأفراد النفسية في المجتمعات المتقدمة مؤشراً على اهتمام حكوماتها بالمواطنين في عصر معقد؛ يسيطر عليه التنافس، وتكاد تستلهم المقاييس المادية المحضة التي سلت من الناس مشاعرهم ووجدانهم وحولتهم إلى مجرد آلات صغيرة تتحرك في ذلك الحظم الكبير من

الإنتاج. ولعل الدكتور (ريز) رئيس الجمعية الدولية للصحة العقلية كان صادقاً في التعبير عن مدى حاجتنا لميدان يهتم بمشكلات الإنسان وحضارته حين قال في المؤتمر الثاني عشر للصحة العقلية في (برشلونة) / سبتمبر/ ١٩٥٩ ما نصه.

« ... عندما تنتشر الأوبئة والأمراض في قطر من الأقطار، يعم الدعر بين المسؤولين، وتوجه كل الجهود، وتندل الملايين لمكافحة الأمراض والأوبئة لضمان الحياة السليمة للمجتمع. ولكن هناك ناحية أخرى في حياة المجتمع يجب ألا تقل العناية بها عن العناية بمكافحة الأمراض والأوبئة، ونعني بها العناية بصحة المجتمع النفسية والعمل على تخفيف أفرادها كل ما يعصف بحياتهم وطمأنينتهم وراحته النفسية؛ إن أبرز ما يتصف به القرن العشرون أنه قرن تسوده عوامل الصراع والتطاحن والحرب النفسية، لدرجة جعلت كثيراً من سكان العالم في بقاع مختلفة يعيشون على حافة الهاوية. كل هذا دعا الباحثين في العوامل الإنسانية وعلم النفس على وحه خاص، أن يطلقوا على هذا العصر لقباً مميزاً هو (عصر القلق: Anxiety Age)، وليس غريباً أن يطلق هذا الاسم على عصرنا هذا.

إن الاضطراب النفسي قد تفشى بين الناس في القرن العشرين، وأصبح يسيطر على كثير من مظاهر سلوكهم حتى أصبح المحور الذي تدور حوله الأبحاث المختلفة في تحليل كثير من مظاهر سلوكنا الخارجة عن المألوف. لقد تعرض العالم إلى حربين عالميتين، نشرتا في نفوس الناس القلق والدمار والتشويه والأمراض التي انتقلت إلى أحفادهم، وأشاعتا الدعر والخوف والارتباك في النفوس، وجرتا على الإنسانية صعطاً اقتصادياً حانقاً عانى الشر منه أنواعاً كثيرة من الصيق والاضطراب، وقاسوا

ضروباً شتى من العور والحرمان. وفي مقدمة العوامل التي تساعد على شيوع الاضطراب النفسي بين الأفراد في الوقت الحاضر، تقدم المخترعات الحديثة التي يقصد بها إهلاك النوع الشري؛ فإنها من عوامل إثارة القلق؛ لأنها وسائل للنساء والموت في حرب درية لا يعلم مداها أحد .

إن نظرة متأملة إلى عصرنا الهيدروجيني النووي الذي نعيش فيه تجعلنا نشعر بالقلق الذي أصبح يهدد كل إنسان؛ فقد ذكر تقرير صادر عن (البتاعون) أن مبراية المصروفات العسكرية الأمريكية وصلت إلى (٢٠٠) بليون من الدولارات لعام واحد، ولا شك أن الرقم يزداد بالنسبة للاتحاد السوفييتي. العالم يتقدم تحت ستار الحرب الباردة، أو أقنعة الوفاق الدولي نحو حرب نووية ثالثة مدمرة، والأسلحة المخرونة تكفي لتدمير مساحة من الأرض تزيد (٦٠٠) مرة على مساحة الكرة الأرضية. التضخم المالي مرتبط بأزمة الطاقة في العالم؛ وأزمة الطاقة مرتبطة بفلأ الأسعار وازدياد الصراع والتنافس وازدياد الفقر والجريمة والأمراض النفسية والعقلية والتصاعد المدهل في الإحصائيات للانتحار والطلاق.

إن اختلال ميران القوى بين العسكريين هو محرد وسيله ودريعه لصب الغضب والعدوان النووي على الشعوب الضعفة الي تشكل ثلثي سكان العالم ويسودها الجوع والجهل والمرض والفقر والعياب الكامل لأي وحه من وحوه الحرية أو الديمقراطية أو العدل الاجتماعي.

ولقد أشارت العالمة النفسانية (كارن هورني) بأن أسباب القلق المعاصر نابعة من الحضارة والثقافة والبيئة وأن الإنسان المعاصر يكتوي بها وصربت أمثلة عليها:

التنافس، المادية الطاغية. الفردية النصحه؛ عدم المساواه في العرص

والميادين كالممتلكات وفرص التعليم والصحة والسكن، وانتشار الاستغلال والجريمة.

وفي تقديرنا أن اضطراب العلاقات الإنسانية هو ثمرة لهذه النكات وهو بدوره يؤدي بالإسان إلى الاغتراب, Alienation والانزغال الوجداني، والعقر العاطفي، والشعور بفراغ الحياة وعدم جدواها، وفقدان التوازن النفسي، وشعور الفرد بالعجز والتهديد: Hopeless and Powerless .

ومما يضرر في الإنسان الشعور بالقلق والاضطراب ضربات (الظلم الاجتماعي) وأساليب (التربية الخاطئة) و(التفكك العائلي) فيقع الفرد فريسةً للآلام والكآبة والإحباط والمصاب.

ويزيد الأمور تعقيداً (المهازل) التي تجري في الكثير من المستشفيات النفسية والعقلية التي يحتكر فيها الأطباء استعمال الحقن والأدوية لتخدير المرضى بمسكنات مؤقتة؛ تولد مضاعفات رهيبة وعلى الأخص في دول العالم الثالث التي لا تقدر قيمة العلاج النفسي وأخصائييه حتى الآن، وتلعب غفلة المسؤولين عن ذلك دوراً إضافياً في تصعيد حدة المشاكل التي يعاني منها المرضى في الأمراض النفسية والعقلية؛ ويتحول المجتمع بأكمله إلى (مستشفى واسع) يبحث عن متخصصين لعلاج مشاكله.

إحصائيات مذهلة:

يشير (فيلكس وكريمير) في مقالها: (١٩٥٣):

Extent of The Problem of Mental Disorders

بأن ما يزيد على ٧٥٠,٠٠٠ مريض بمرض عقلي يترددون على مستشفيات الأمراض العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية، وأن الأشخاص الذين يعانون من أعراض المرض العقلي يشغلون ٥٠% من الأسرة الموجودة في المستشفيات والذين يعانون من أعراض المرض النفسي العصبي يصلون إلى ٦٥% من أسرة المستشفيات، وأن المصابين يمثلون نصف المرضى العقليين في أمريكا^(١١).

وقد ذكرت دراسة أجريت حول الأمراض النفسية في ولاية (ميري لاند) وولاية (تينسي) بأن ما يقرب من (٣ - ٤) لكل ألف من السكان يعانون أعراض المرض النفسي.

وفي دراسة أخرى أجريت لمدينة نيويورك التي تزيد حالياً على (١٢) مليوناً بأن ٣٠% من السكان أي ما يزيد على (٤) ملايين بمدينة أمريكية واحدة يعانون من أعراض إكلينيكية نفسية كافية لأن تؤدي إلى اضطراب حياتهم اليومية. وتضيف الدراسة بأن من أصل (٢٦٠) مليوناً في أمريكا يصل عدد المصابين بأحد الأمراض النفسية أو العقلية إلى ما يقارب من (١٠) ملايين يعاني (الربع منهم فقط) أمراضاً جسمية وعصابية.

وفي إحصائية أخرى للعالم غولدهامر والعالم مارشال في كتابها Psychosis and Civilization يشيران بأن هناك أكثر من ٦% من السكان يعانون نوعاً من سوء التوافق وأن عدد الذين يدخلون مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية يزيد على عدد الذين يتخرجون من كافة الجامعات والكليات سنوياً، وأن ٧٥% من المرضى الذين يترددون على الأطباء الجسامين يعانون بعض الاضطرابات النمسية الانفعالية^(١٢).

ويشير (نورمان كامرون: N. Cameron) في كتابه^(١٣):

The Psychology of Behavior Disorders.

أن من أخطر المشكلات التي تقلق المواطن الأمريكي إلى شيوخ ظاهرة انتشار المخدرات، واضطرابات السلوك: Behavioral Disorder حتى أنها تكاد تصح مشكلة قومية عامة. ويوجد في مستشفيات أمريكا ٦٠٠,٠٠٠ معظمهم ذهانيون: Psychotics والبقية منهم فصاميون: Schizophrenics وهذا العدد يفوق كافة مرضى الأجسام أو الأمراض التي تتطلب عمليات جراحية في المستشفيات الأمريكية.

وتشير تقارير إدارة الصحة الأمريكية بأن النفقات السنوية لخدمات الرعاية والعلاج السايكاتري وصلت إلى ٢١٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار ويضاف إلى هذا التقرير ما ينفق على علاج المرضى الذهانيين فإن إجمالي التكاليف السنوية يرتفع إلى ٧٧٧,٠٠٠,٠٠٠ دولار. ويؤكد (كامرون) أن تقدير هذه المشكلة (إحصائياً) هو أمر صعب لعدم وجود إحصائيات دقيقة لدى المستشفيات (١)، ولكن هذه الفكرة عموماً تعتبر مبرراً كافياً: Rationale لظهور علم النفس الإكلينيكي كجواب يتصدى لهذه المشكلات ويتناولها بالتشخيص والعلاج والمتابعة والبحث.

المجالات الرئيسية لعلم النفس الإكلينيكي

عرفنا مما سبق أن علم النفس الإكلينيكي يهدف لتطبيق المبادئ السلوكية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بميدان علم النفس المرضي على الفرد موضوع الدراسة في العيادات النفسية. فهنا تبرز الوظيفة التطبيقية

لعلم النفس الإكلينيكي Operational Function . ويرى العالم (شافر والعالم لازاروس) في كتابها: Fundamental Concepts in Clinical Psychology بأن الخلاف بين العلماء في تحديد موضوع علم النفس ومجاليه يعود لاختلاف وجهات النظر.

وفي اعتقادنا أن المجال الموضوعي الجوهرى الذى يتناوله علم النفس الإكلينيكي هو تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها، ويستخدم لتحقيق ذلك أدوات ووسائل علمية. ويتم عادة هذا التشخيص، وذلك التوجيه والعلاج في عيادة أو مكان مشابه مخصص لهذا الغرض.

ويحدد الدكتور مصطفى فهمي (ثلاثة مجالات رئيسية)^(١٣) لعلم النفس الإكلينيكي وهي:

أولاً- الدراسة النظرية وتشمل:

١- دراسة الشخصية

أ- نظرياتها.

ب- عوامل نمو الشخصية.

٢- الأمراض النفسية والعقلية

أ- ما هو المرض النفسي؟ وما هو المرض العقلي؟ وما الفرق بينهما.

ب- تصنيفات الأمراض العقلية وتفسيراتها.

ج- المرض النفسي: أعراضه وتفسيراته.

٣- اضطرابات السلوك.

٤- العلاج النفسي.

أ- ما هو وما طبيعته؟

ب- مدارس العلاج النفسي المختلفة.

ج- الأسس التي تقوم عليها العملية العلاجية.

ثانياً- الدراسة العملية التطبيقية :

ويقصد بهذه الدراسة الطرق الفنية Techniques التي يستعين بها السيكولوجي الإكلينيكي في عمليات التشخيص والتوجيه والعلاج النفسي.

وتتضمن الطرق الفنية الأساسية الأساليب التالية:

(١) دراسة تاريخ الحالة: Case Study

(٢) المقابلة الإكلينيكية: Clinical Interview

(٣) الاختبارات التشخيصية: Diagnostic Tests

وعلى الرغم من أن ميدان علم النفس الإكلينيكي يمكن أن يمر فيه هذان الجانبان من الدراسة - النظري والعملي التطبيقي - إلا أنه لا يعني أنها جانبان منفصلان بل إن كلاً منهما يكمل الآخر، ويزيده عمقاً وقوة.

ثالثاً - العيادات النفسية:

وتتضمن التنظيم القائم بها، الهيئة الفنية العاملة بها، إجراءات العمل، أخلاقيات العمل.

هذا وسنتناول في هذا الكتاب بقسميه الجانب العملي التطبيقي فقط، وسترك الاعتبارات النظرية، ومدارس وأساليب (العلاج النفسي) إلى كتاب ثالث.

أما الآن فسنتناول في (الفصل القادم) الحديث عن (الأخصائي الإكلينيكي) سماته، إعداداته، واجباته، أدواته، وطبيعة عمله.

حواشي الفصل الثاني

- (1) Bisch Louis E Clinical Psychology, 1925, Baltumor, Williams + Wilkins
- (2) Bry Adelaide Inside Psychotherapy, The New American Library, 1973 Canada, ant, Searborough
- (3) Witmer L: Clinical Psychology, 1907
- (4) Brotemarkle R A Clinical Psychology, Pennsylvania University Press, 1931
- (5) Rotter Julian, Clinical Psychology, 1964 Prentice-Hall Foundation, London, U.K
- (6) A P A American Psychological Association Report – Clinical Committee; Washington D C. (U S A)
- (7) Hadley, J M Clinical and Counselling Psychology, Knopf, New York, 1958 U S
- (8) See. Dumont Matthew: The Absurd Healer, 1968, The Viking Press, New York, (U S A)
- (9) See Glasser William: Reality Therapy, Harper and Row, New York, 1975
- (10) Felix, R. H. + Kramer, M. 1953. Extent of The Problem of Mental Disorders Ann. Amer. Acad, pol, Soc, Sci, 286: 5-14. 1953.
- (11) Goldhamer, H. + Marshall, A.W: Psychosis and Civilization. Glencoe III. Free Press. 1953.
- (12) Cameron Norman The Psychology of Behavior Disorder, A biosocial interpretation

(١٣) راجع: د مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر - القاهرة - ١٩٦٧. ص ٣٩ - ٤٢.
★ أساليب ومدارس العلاج النفسي.

الفصل الثالث

السيكولوجي الإكلينيكي

خطة الفصل المنهجية:

- سمات وخصائص الأخصائي الإكلينيكي
- قائمة لجنة التدريب الإكلينيكي لجمعية علم النفس الأمريكية.
- قائمة (كارل راشر) لسمات الأخصائي الإرشادي.
- إعداد الأخصائي الإكلينيكي وحدود ريتشاردز التدريبي؛ للأخصائي القياسي والإكلينيكي.
- واحات الأخصائي الإكلينيكي ومسؤولياته:
- مجالات وأبعاد العمل الإكلينيكي.
- تصنيف (شاكو) لواحات الأخصائي الإكلينيكي.
- واحات الأخصائي الإكلينيكي المتخصصة.
- مواصفات قاموس الألقاب المهنية الأمريكية للعمل الإكلينيكي.
- أدوات الأخصائي الإكلينيكي.

الفصل الثالث

السيكولوجي الإكلينيكي

سمات وخصائص الأخصائي الإكلينيكي:

يعتبر الأخصائي الإكلينيكي صلة الوصل بين (العميل) و (التشخيص الدقيق)؛ ولا بد أن تتوافر فيه مجموعة من الصفات الإيجابية التي تجعله عنصراً ناجحاً في تعامله مع الأسوياء وغير الأسوياء . وتصبح هذه السمات ضرورية لأنها ستساعده على حسن التكيف مع الأجواء المختلفة . ويجب أن تكون لديه قدرة خاصة على فهم الآخرين ودوافعهم وإحباطاتهم . وأن تكون لديه شخصية ثابتة وناضجة ذات توارن انفعالي ونظرة شاملة وبعيدة لكل ما يتصدى له من واجبات .

وقد أوردت اللجنة الخاصة بالتدريب لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التي يجب توافرها لدى الأخصائي ونعرض أبرزها كالتالي^(١):

(١) الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم:
Sense of Concern دون محاولة لفرص سيطرته عليهم . واحترام حرية الآخرين واستقلالهم .

(٢) أن يتمتع الأخصائي الإكلينيكي بقدر عال من الاستبصار Insight

لدوافعه ومشاعره ورغباته وحاجاته حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحيات في عمله وعلى الأخص احترامه (للمرأة) على أنها شريكة للرحل وليست منافسة له.

٣) أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين؛
Tolerance and respect of all groups opinion ولا سيما مع الطوائف الدينية والسلالات المختلفة.

٤) أن يتمتع بمستوى عال من الضغط الانفعالي والذاتي High self-Control لأن تكامل الشخصية والالتزام من العناصر الضرورية التي توحى بالثقة، وأن يكون مخلصاً أميناً محافظاً على وعوده، مستخدماً كافة مهاراته ومعلوماته لمصلحة المريض، بعيداً عن مظاهر الاستغلال، وأن يعطي الناس فكرة ثابتة وجيدة عن سلوكه في نطاق العمل وخارج نطاق العمل حتى لا يجدوا في أسلوبه نوعاً من الازدواج وأن تكون لديه بعض القيم والمثل الطبية كصورة تعكس نضج شخصيته وتكاملها.

٥) أن يكون الأخصائي الاجتماعي على مستوى أكاديمي عالٍ، ومستوى لائق من الذكاء الاجتماعي.

High level of academic ability and social Intelligence.

وأن تكون لديه قدرة على المرونة: Flexibility والقيادة: Leadership والإبداع: Creativity والصبر وحسن الإصغاء: Good listening.

وقد أصدرت (لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية) القائمة التالية لسمات الأخصائي:

١ - القدرة العلمية والأكاديمية المتتارة.

- ٢ - الأصالة وسعة الحيلة.
- ٣ - حب الاستطلاع.
- ٤ - الاهتمام بالأشخاص كأفراد (التجاوب الإنساني).
- ٥ - الاستبصار في الشخصية المميزة للفرد.
- ٦ - الحساسية لتعقيدات الدوافع.
- ٧ - التحمل والصبر.
- ٨ - القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين.
- ٩ - المثابرة.
- ١٠ - المسؤولية.
- ١١ - اللساقة والمرونة.
- ١٢ - القدرة على ضغط النفس.
- ١٣ - الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.
- ١٤ - الأساس الثقافي الواسع.
- ١٥ - الاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة.

قائمة كارل راجرز لسمات الأخصائي الإرشادي:

أشار مؤسس الأسلوب العلاحي المتمركز حول العميل؛ العالم (كارل راجرز Carl Rogers) في كتابه (الاستشارة والعلاج النفسي) الذي قام بترجمته إلى العربية الدكتور محمد أحمد غالي؛ بأن ثمة سمات حمداً يجب أن

تتوافر عند الأخصائي في الإرشاد النفسي Counselling and guidance specialist وهي كالتالي:

- (١) أن يكون الأخصائي شديد الحساسية للعلاقات الاجتماعية.
- (٢) أن يتصف بالروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير المتحيز.
- (٣) أن يكون لديه احترام لكل إنسان. وأن يقبله على ما هو عليه من علل، وأن يترك له الحرية لي تجرب ما يراه من حلول.
- (٤) أن يعرف نفسه ودوافعه وأن يدرك قصوره وعجزه الإنفعالي.
- (٥) أن تكون لديه القدرة على فهم السلوك الإنساني.

وقد قام بعض العلماء المتخصصين في مجالات أخرى بدراسات كانت تستهدف الوقوف على سمات الأخصائيين الإكلينيكين فوجد (فيسك Fiske وكريدت Kredit) أن الإكلينيكين يتميزون بميول في النواحي الفنية والفردية والتدريس والنواحي اللفظية والخدمة الاجتماعية، ويتشابهون في ميولهم مع الأطباء النفسيين. أما الإداريون منهم فكانوا يتميزون بالانبساطية وأنهم من أسر منسجمة ومتدينة. وقد وجد الباحثون عموماً تبايناً واضحاً في سمات العاملين في المجال الإكلينيكي.

[إعداد الأخصائي الإكلينيكي وجدول ريتشاردز التدريبي]

تقوم الدول المتقدمة بإعداد الأخصائي الإكلينيكي إعداداً مكثفاً في الجانبين النظري، والتطبيقي ليواجه أعباء عمله ومسؤولياته. وتعتبر إحاطته لكافة فروع علم النفس هي الأرضية الصلدة والأساسية (،)

وكذلك معرفته الجيدة بعلم نفس الطفولة لأهمية هذه المرحلة في مراحل النمو المختلفة. وكذلك علم النفس الاجتماعي Social psychology لأن أعماله ستكون دوماً في نطاق التفاعل المستمر مع الآخرين، ولا بد أن يكون لديه الخبرة الكافية في علم الإحصاء والقياس والاختبارات: Statistics + testing لأنها شريان العمل التشخيصي. ويحتاج الأخصائي لمعرفة وثيقة بعلم النفس الفيزيولوجي وعلم الأعصاب لما لها من تأثيرات مباشرة في الأعراض المرضية، ويجب أن يحيط علماً بسلوكيات التعلم، ومناهج البحث، وديناميات السلوك، ونظريات الشخصية والأمراض العقلية، وعلم الوراثة، والدوافع والانفعالات، وأساليب العلاج النفسي، وسيكولوجية النمو، وعلم النفس المهني، وسيكولوجية المعوقين والتخلف العقلي، وشدد بعض العلماء على الخبرة العيادية:

Pre and post clinical training.

Practical experience (Internship).

والتي قد تصل إلى سنتين كما هي الحال في ولاية نيويورك وأوهايو وكاليفورنيا ونورث كارولاينا.

وقد حدّد العالم (ريتشاردز ١٩٤٦ Richards) أنواع الدراسات التي يحتاجها الأخصائي الإكلينيكي في إعداداته بثلاثة أنواع أساسية:

(١) الدراسات الأساسية العامة: Background Studies .

(٢) الدراسات الفنية - التقنية للمهارات: Technical studies

(٣) التطبيقات الإكلينيكية: Clinical training

جدول (٢)

أنواع الدراسات	المستوى الأول أخصائي القياس	المستوى الثاني الأخصائي الإكلينيكي
الدراسات الأساسية	<ul style="list-style-type: none"> - البيولوجيا العامة - الكيمياء - علم الاجتماع - سيكولوجية النمو - علم النفس التربوي - علم النفس المرضي - مبادئ التكامل والتفاضل - التراجع، والتراجع - الداتية والقصص 	<ul style="list-style-type: none"> - الميربيولوجيا - الإعاقة الجسدية - الأمراض الحسية - علم الوراثة - علم الأعصاب - الأنثروبولوجيا - البيئة الحسية - مبادئ السلوك - علم النفس المهني والصناعي - الطب العقلي

فهرس

نوع الدراسات	المستوى الأول (أخصائي القياس النفسي)	المستوى الثاني (الأخصائي الإكلينيكي)
الدراسات المعية التكشيفية	<ul style="list-style-type: none"> - التحريب في علم النفس (علم النفس التحريبي) - المقاييس والاختبارات (بناء المقاييس والاختبارات) - الاحصاء (مستوى الارتباطات) - المقاييس الفردية للشخصية - اختبار القدرات والميول وغيرها... 	<p>نفس الدراسات على مستوى أعمق</p>

نوع الدراسات	المستوى الأول (القياسي النفسي)	المستوى الثاني (الإكلينيكي)
الدراسات الإكلينيكية	<ul style="list-style-type: none"> - مشكلات القدرة العقلية - التوجيه التربوي - العلاقات بين الأب والابن - التوجيه المهني - أمراض الكلام - المعجز عن القراءة - المشكلات السلوكية 	<ul style="list-style-type: none"> - مشكلات الموقفين حسماً - سوء التوافق الشديد (مشكلات سايكومترية) - الصعف العقلي - الدهان الإحرام . - رملة الأمراض العصبية والفردية . - المشكلات السيكوسوماتية

هذا ويشير (ريتشاردز) بأن التدريب الميداني Internship تحت إشراف أطباء وعياديين متخصصين هو عملية هامة في إعداد الأخصائي الإكلينيكي.

ويتخذ العمل عادة فكرة الفريق العيادي: Clinical team المؤلف عادة من الأخصائي الإكلينيكي، والطبيب، والمرضة، والأخصائي الاجتماعي، والمرشد المهني، وكل من يساهم في عمليات التشخيص والعلاج.

[واجبات الأخصائي الإكلينيكي ومسؤولياته]

عرفنا مما سبق أن (المسؤوليات الثلاث) التي يضطلع بها الأخصائي الإكلينيكي هي التشخيص Diagnosis والعلاج Therapy والبحث Research وعن هذه المسؤوليات تتفرع المهام الخمس التالية كسبل ومجالات للعمل:

مجالات وأبعاد العمل الإكلينيكي:

- (١) العمل في (العيادات النفسية) أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية ويقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بها معاً، كما يشرف على البحوث الإكلينيكية.
- (٢) العمل في (المؤسسات الإصلاحية) كمؤسسات الأحداث والمنحرفين ويقوم فيها بدراسة الحالات، وتقديم الاقتراحات الخاصة بتلك الحالات. ويساعد في توجيه الأفراد والعمل على تكييفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.
- (٣) العمل في (مباني الخدمة الاجتماعية)، والإسكان، والتمهين والصناعة، والشركات، ووسائل الإعلام، ومكاتب العلاقات العامة، ومؤسسات التأمين ومكاتب التدريب والتوجيه المعنوي للقوات المسلحة.
- (٤) العمل في (مجالات التوجيه المهني) والتربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية والجامعية على اختلاف مراحلها، وفيه يساعد الأخصائي

الإكلينيكي التلاميذ والطلبة على الاختيار السديد للدراسات التي تلائم إمكانياتهم ويقوم بدراسة مشاكلهم وإيجاد الحلول لها. ويعتمد في عمله على الاختبارات والمقاييس فهو يؤدي عمليتي التشخيص والتوجيه الإرشادي وأحياناً يتابع عملية العلاج طبقاً لحجم المؤسسة وظروفها.

٥) العمل في مراكز البحوث: Research Centers ومتابعة الدراسات التربوية والصحية والاجتماعية. ويعمل في مراكز التخطيط والتنظيم والإدارة.

تصنيف (شاكو) Shalow لواجبات الأخصائي الإكلينيكي:

يشير العالم (شاكو) بأن الاتفاق بين العلماء حول الواجبات التي يتمثل بها دور السيكولوجي الإكلينيكي إنما هو اتفاق نسبي ويحدد هذه الوظائف بالمجالات الأربعة التالية:

[أولاً] احتمال انتظام مجال اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي حول الاتجاه الديناميكي في دراسة الشخصية، وهذا يتطلب بصيرة كافية بالطب النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي، والتحليل النفسي وهو في دراسته لتنظيم الشخصية، عليه أن يتخذ من دراسة حالة الفرد موضوع التشخيص والعلاج وسيلة يستعين بها للوصول إلى تعميمات من فئات الناس والعوامل المؤدية إلى الانحراف أو السلوك السوي.

[ثانياً] احتمال انتظام اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي كذلك حول استخدام الاختبارات النفسية والعقلية للكشف عن

بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها وميولها واهتماماتها
وقيمها. أو ما قد تعاني منه من أعراض نفسية مرضية
واضطرابات في السلوك. ومن الضروري- لنجاح هذا
الجانب- أن يكون هناك تعاون إيجابي مع العاملين في
الميدان التربوي والمهني.

[ثالثاً]

احتمال انتظام عمل السيكولوجي الإكلينيكي في السعي
للحصول على مساعدة المريض نفسياً أو سلوكياً، في مرحلة
التشخيص أو في مرحلة تقديم العلاج اللازم حين تتطلب
الحالة بعض أساليب الإرشاد النفسي.

[رابعاً]

ويسمى (شاكرو) هذه الناحية بالاتجاه التحريبي
للسيكولوجي الإكلينيكي بحيث يحاول الوقوف على
الخصائص النفسية وسمات شخصية الفرد، والديناميات
المختلفة التي تنتظم فيها شخصيته. ويعتقد (شاكرو) أن
كل هذه الاتجاهات من الأهمية بالدرجة التي تتطلب
مراعاتها في تدريب السيكولوجي الإكلينيكي.

واجبات الأخصائي الإكلينيكي المتخصصة:

يشير الدكتور عطية محمود هنا في كتابه (علم النفس الإكلينيكي) إلى أن
ثمة (سبعة واجبات) رئيسية تقع على عاتق الأخصائي الإكلينيكي وتختصر
بالتالي^(١):

(١) تطبيق الاختبارات وتصحيحها وتفسير نتائجها.

- ٢) المقابلة لجمع المعلومات عن الأفراد لوضع تقارير نفسية عنهم.
- ٣) المقابلة للتوجيه والإرشاد النفسي.
- ٤) وضع التقارير الخاصة بالأفراد.
- ٥) الاشتراك مع غيره من الأخصائيين في وضع الخطط وتنفيذها.
- ٦) مقابلة من ينصل بالحالات كأهل المرضى أو بقية الأخصائيين ممن يعاونون في تقديم المساعدة.
- ٧) القيام بالبحوث المختلفة.

مواصفات قاموس الألقاب المهنية الأمريكية للعمل الإكلينيكي:

لعل مما يزيد معرفتنا أن نعلم بأن (قاموس الألقاب المهنية) في الولايات المتحدة قام بتحديد مواصفات العمل الإكلينيكي وهذا هو مصدر آخر يثري معرفتنا بواجبات الأخصائي الإكلينيكي: Dictionary of occupational Titles .

« الأخصائي الإكلينيكي (٢٠ - ٣٦ - ٠) يشخص اضطرابات الأفراد العقلية والانفعالية والسجون والمؤسسات الأخرى، ويقوم بتنفيذ برامج العلاج، ويقوم بمقابلة المرضى، ويدرس تاريخ الحالة الطبي والاجتماعي، ويلاحظ المرضى أثناء اللعب أو المواقف الأخرى، وينتقي الاختبارات الإسقاطية والنفسية الأخرى ويطبقها ويفسرها ليشرح الاضطراب، ويضع خطة العلاج ويعالج الاضطرابات النفسية لإحداث التوافق باستخدام أفضل أنواع العلاج المختلفة مثل: علاج البيئة، والعلاج باللعب، والسيكودراما وغيرها. ويختار الأسلوب الذي يستخدم في العلاج الفردي

مثل العلاج الموجه والعلاج غير الموجه والعلاج المساند Supportive ويخطط عدد مرات العلاج أسبوعياً وعمقه ومدته . وقد يتعاون مع تخصصات مهنية أخرى منها الأطباء الأخصائيون في الطب مثل أطباء الأمراض العقلية (الأمراض النفسية) وأطباء الأطفال وأطباء الأعصاب والأطباء الباطنيون وغيرهم؛ كالأخصائيين الاجتماعيين والسايكايترين والمساعدين لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية، وقد يدرب الطلبة الإكلينيكيون الذين يؤدون فترات الامتياز والنيابة في المستشفيات والعيادات، وقد يطور التصميمات التجريبية ويقوم بالبحوث في ميدان تطور الشخصية ونموها والتوافق (التكيف في الصناعة والمدارس والعيادات والمستشفيات)؛ وفي مشكلات التشخيص والعلاج والوقاية من الأمراض العقلية. وقد يخدم كمستشار في المؤسسات الاجتماعية والتربوية والترفيهية والمؤسسات الأخرى وذلك بالنسبة لحالات الأفراد أو التقوم أو التخطيط أو تطوير برامج الصحة النفسية. وقد يستخدم مهاراته في التدريس والبحث والاستشارة التي تتضمنها مستويات أعلى من الخدمة المهنية قد يتخصص في واحدة مما يأتي:

مشكلات السلوك - الجريمة والجناح - العلاج الجماعي - التشخيص والعلاج الفردي - الضعف أو التخلف العقلي - الاختبارات الموضوعية - الأساليب الإسقاطية - أمراض الكلام .

[أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي]

إن المهندس الذي يختص في الهندسة المعمارية لا بد له من أدوات دقيقة تساعده على أداء مهامه، وحين يكون مهندساً كهربائياً أو ميكانيكياً فإن

أدواته للعمل ستختلف باختلاف تخصصه. وكذلك المقاتل في الحرب لا بد أن تكون قطعة السلاح في يده أبرز أدواته للدفاع عن بلاده وأداء واجباته.

ما هي إذن أدوات الأخصائي الإكلينيكي؟ التي تساعد في عملية التشخيص كنقطة بداية لبرنامج العلاج الذي يهدف لإعادة المريض إلى التوافق والإنسجام.

إن من أبرز أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي هي دراسة الحالة: Case study، والمقابلة Diagnostic Interview والاختبارات السيكولوجية المختلفة؛ الموضوعية- المقننة والإسقاطية: Objective testing and Projective tests وتشمل (دراسة الحالة) حصول الأخصائي على معلومات شاملة عن المجالات المختلفة المحيطة بالمريض كتاريخ الأسرة وتاريخ النمو والتاريخ التعليمي والتاريخ المهني والتاريخ الاجتماعي. والمادة التاريخية هي مصدر هام جداً لجمع المعلومات عن المريض، ويجب أن تتضمن هذه المادة كل ما يمكن جمعه عن المريض من معلومات؛ ويجب أن نفرق بين (تاريخ الحالة)، و (دراسة الحالة) بوضوح ودقة على الشكل التالي:

أ- تاريخ الحالة: ويعني كافة المعلومات التي يجمعها عن المريض.

ب- دراسة الحالة: وتعني المعلومات التي نجعلها في الحاضر بما في ذلك المقابلات الإكلينيكية ونتائج الاختبارات.

أما (المقابلة التشخيصية) التي سنتناول بحثها في فصل قادم مسهب فهي أداة هامة: Viable Tool لجمع المعلومات عن المريض. ويميل بعض الأخصائيين للتقليل من أهمية المقابلة التشخيصية وتاريخ الحالة،

ويركزون مع نوع من المبالغة على أهمية الاختبارات باعتبارها الأداة الحاسمة للكشف عن المرض.

وفي تقديرنا أن تاريخ الحالة، والمقابلة، يكشفان عن سلوك المريض في مواقف الحياة الفعلية The Actual situations بينما تكشف لنا الاختبارات عن سلوك المبحوث أو أدائه في مواقف اصطناعية. وليس معنى ذلك أن نقلل من أهمية الاختبارات أو نستبعد استخدامها كأدوات كاشفة ومساعدة في استكمال العمل الإكلينيكي؛ فلكل أداة دورها ووزنها الهام.

حواشي الفصل الثالث

(1) Training Committee of clinical psychologists (A P A)- American psychological Association-Washington D.C. (U.S.A).

(٢) راجع د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي- دار النهضة العربية- القاهرة- ١٩٧٦ - ص ٤٩ .

الفصل الرابع

التشخيص الإكلينيكي

(تعريف وتصنيفات)

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد .
- التشخيص .
- التقييم .
- الاختبار والفحص .
- القياس .
- التمييز والتشخيص .
- التصنيف .
- التصنيفات الإكلينيكية :
- ١ - التصنيف الفارق .
- ٢ - تصنيف وليامس الإرشادي .

- ٣- تصنيف بيسكي
- ٤- تصنيف كرييل.
- ٥- تصنيف الميكاييرمات لكيمف.
- ٦- تصنيف رادو.
- ٧- تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية.
- ٨- تصنيف الأزمات المعاصرة (هارفي روبين).
- فوائد التصنيف ومستوى ثاقه.

الفصل الرابع

[التشخيص الإكلينيكي]

[تعريف وتصنيفات]

تمهيد:

لعل أحدنا يتساءل ماذا نعني على وجه التحديد بكلمة التشخيص؟
Diagnosis ؟ ومن أي (علم) دخل هذا الاصطلاح إلى علم النفس وبالذات
إلى الميدان الإكلينيكي؟

وهل تعني كلمة التشخيص Diagnosis تماماً كما تعني كلمة التصنيف
Classification أم أن ثمة فارقاً كبيراً بينها Distinction مع وجود علاقة
تربطها : Relationship . وإذا كان إحراء الاختبارات Testing هو شريان
عملية التشخيص فإذا نعني بهذه العملية؟ وما علاقتها بعملية التعبير
والتثمين Assessment ؟ وهل يوجد فارق واضح بين القياس
Measurement وبين التعبير : Assessment ؟

إن طرفاً من المشكلة يبدو في الخلط - غير المقصود - الذي تسرب من
صفوف العامة إلى صفوف الأخصائيين النفسيين بين مفهوم التقييم:
Evaluation or Appraisal وبين مفهوم التشخيص: Diagnosis ؛ وصحيح

أن عمليات التشخيص ذاتها تتضمن عمليات تقييمية ولكن التشخيص يظل يختلف عن التقييم؛ ويظل كل اصطلاح له إطاره المحدد ووظيفته المميزة؛ رغم وجود العلاقات بينها جميعاً في العمل الإكلينيكي. ويرى أستاذ الإحصاء المتقدم في جامعة ميغيل بكندا د. إدوارد أن هذا الخلط بين هذه (المفاهيم الستة) قد تجاوز الخلاف في التعبير اللغوي أو وجهات النظر: Semantic وأصبح يثير الموض الذي لا بد من جلالة وتوصيحه بتعريف هذه المصطلحات تعريفاً إجرائياً: Operational فيه تحديد ودقة: Accuracy .

لقد دخلت كلمة التشخيص إلى الميدان الإكلينيكي من (علم الطب) ويقصد بها فحص الأعراض المرضية: Symptoms واستنتاج الأسباب، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم سستها إلى مرض معين محدد. فالتشخيص في المنظار الطبي Medical Approach هو عملية فهم المريض، وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية Syndrome. فالأعراض المرضية المفردة قد تتواجد في نوعيات متباينة من الأمراض؛ وافتقاد النشاط أو نقص التركيز أو القلق قد يوجد في أكثر من حالة مرضية مختلفة ولكن دلالة كل من هذه الأعراض تتحدد بالأعراض المزاملة أو المصاحبة لها. ولهذا (فالتشخيص) في ميدان الطب كثيراً ما يعني (التصنيف) وليست الحال هكذا في العمل الإكلينيكي. وأدوات الطبيب هي: ميزان الحرارة، قياس الضغط والقلب، تحليل الدم، تحليل البول، فحص التنفس.

وحين تنتقل إلى (المجال السيكلولوجي) فإننا لا نتعامل فقط مع الرثيب أو المعدة وأفعالها الفيزيولوجية؛ وإنما نتعامل مع السلوك الإنساني بكل ما فيه من تعقيدات وديناميات وأفعال وردود أفعال، ويصبح الجهاز العصبي

والفيزيولوجي مجرد جزء صغير حين نقارنه بشخصية المريض الكاملة ككل لا يتجزأ. وهذا يقودنا إلى التمييز بين (التشخيص): Diagnosis و (التقييم: (Evaluation or Appraisal).

١ - التشخيص: Diagnosis

وهو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة، ويتضمن المعلومات، والأعراض، Data + symptoms سوعيها (الكمي والكيفي) Quantitative + Qualitative ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة Objective + Projective Testing، والمقابلة Interview ودراسة الحالة Case Study والملاحظة Observation والسجل المدرسي School Record، والظروف العائلية: Family Report، والسجل الطبي Medical History والتقييم العصبي Neurological Test ويشير بدقة إلى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة:

Visable and Invisable Causes of the Problem

ويقوم بتحديد مكانها، وطبيعتها، ونوعها، وحجمها ودرجة حدتها Degree of Severity دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية، وعلى هذا فالتشخيص العلمي يهيئ السبل لتخطيط برنامج علاجي Therapeutic Program قابل للتطبيق والتنفيذ، كما يتضمن التشخيص الهادف، التنبؤات المستقبلية: Future Predictions والافتراضات المتوقعة.

٢ - التقييم: Evaluation or Appraisal

وهو عملية ديناميكية: Dynamic Process تستهدف مسحاً شاملاً:
Comprehensive Survey لحالة معينة بهدف تقييمها والحكم عليها
وتتضمن المحتويات التالية:

- أ- إبراز نواحي الصعف والقوة (السلبيات والإيجابيات) معاً
. Strengths + Weaknesses
- ب- تحديد الحكم الذاتي أو القرار الشخصي Decision + Personal
. Judgment
- ج- التنبؤ والتوقع المستقبلي لحالة معينة أو سلوك أو موضوع
. Future Predictions + expectations
- د- التقييم هو (نقطة نهاية Ending Point)؛ في تقييم حالة، أو برنامج، أو عملية، على عكس التعبير والتشمين Assessment الذي يعتبر نقطة بداية.
- هـ- التقييم يجب أن يكون دورياً ومتكرراً: Periodical بهدف تطوير برامج العلاج وتحسينها نحو الأفضل.

بعد هذا التمييز الدقيق بين عمليتي التشخيص، والتقييم نود أن نعود
للقول ثانية بأن شريان التشخيص هو عملية الاختبارات؛ ولكن ماذا يعني
بالاختبارات: Testing وكيف نفرقها عن القياس؟

٣) الاختبار والفحص : Testing

وهو وسيلة جوهرية تشخيصية أدواتها الاختبارات المقننة أو غير المقننة، وتهدف في أغلب الحالات إلى اكتشاف وقياس قدرات الفرد، أو الجماعة بشكل احصائي أو اسقاطي لهدف تطویرها، وتحديد نقاط الضعف ونقاط القوة.

٤) القياس : Measurement

وهو تقدير كمي محض Quantitative لقدرة معينة أو مهارة Ability or Skill أو مدى محدد Extent أو مرض أو حلل، ولا يهتم مطلقاً بأي جانب وصفي أو نوعي، ويستخدم اختبارات وجداول احصائية: Statistics ذات طبيعة رياضية محضة.

ويواجه الأخصائي الإكلينيكي في مجال التأهيل المهني أو العلاج مهمة التعبير والتثمين Assessment فإذا نعني بها؟

٥) التعبير أو التثمين Assessment

وهو عملية قياسية محضة Measurable Process تحاول الكشف عن اتجاهات أو قدرات أو مهارات: Attitudes, Skills or Abilities . بقصد التدريب العملي: Training وتطوير المهارات، وهي تعتبر في كل شيء (نقطة بداية To Assess).

وعند تقسيم الأمراض وتحديد أنواعها يحتاج الأخصائي الإكلينيكي إلى

عملية (التصنيف: Classification) فما هو مدلول هذا المصطلح واستعمالاته؟

٦) التصنيف: Classification

وهو عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي Sorting - تصنيف دقيق - يفرز بها الأخصائي الأعراض، أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات إلى أنواع متشابهة، والأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات مرضية:

Degrees, Levels, Groups, Forms, Stages

وبشكل خاص متشابهات ومتباينات:

Similarities and Differences.

وخطورة (التصنيف) تأتي حين يستخدمه الأخصائيون كبديل لعملية التشخيص فيصبح (عنونة) للناس وتسميات تصنيفية: Classified-Labeling^(١).

وهذا ما لا يجوز أن تقع به خطأ كما وقع فيه الاتجاه الطبي الذي يصف الناس على أساس الأعراض أو الرملات المرضية.

« التصنيفات الإكلينيكية »

١ - التصنيف الفارق: Differential Classification

أصح واضحاً أماماً من خلال التمييز والتحديد بين المصطلحات

السابقة بأنه لا يجوز مطلقاً الخلط بين (التشخيص، والتصنيف) رغم تداخلهما. لأن التشخيص - عموماً - هو (عملية إكلينيكية محضة) ترتكر على معايير وتستلزم أدوات متعددة وتشتمل على متغيرات متعددة Various Variables، بينما عملية التصنيف هي - عموماً - (عملية طبية) لتقسيم وفرز الأمراض وتصنيفها من حيث الدرجة أو النوع.

ويتفق معظم الأخصائيين الإكلينيكين والأطباء النفسيين حالياً في تصنيف الأمراض (نوعياً) إلى أربعة أصناف:

- ١) الأمراض العصابية النفسية والانفعالية: Neurotic Illnesses
- ٢) الأمراض العقلية - الذهانية: Psychotic Illnesses
- ٣) اضطرابات الشخصية: Personality Disorders
- ٤) الفصام العقلي: Schizophrenic Disorders

وستتناول تحليلاً شاملاً لهذه الأنواع الأربعة في الفصل القادم مع تحديد دقيق للفوارق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية. ثم الأمراض السيكوسوماتية.

٢ - تصنيف وليامسن الإرشادي^(٢): يستخدم وليامسن 1950 Williamson تصنيفاً يرتبط في حالات الإرشاد النفسي معتبراً ذلك فرعاً من فروع العمل الإكلينيكي: Counselling + Guidance فيصف المشكلات إلى (خمس أقسام):

- ١) المشكلات الشخصية: كمشكلات التوافق الاجتماعي، وصعوبات الكلام، ومشكلات الأسرة، والمخروج عن النظام.

٢) المشكلات التربوية: كاختيار الدراسة، والتأخر الدراسي، وعادات الاستذكار السيئة، ومشكلات الإفراط أو التفريط في التحصيل المدرسي، ومشكلات النابغين.

٣) المشكلات المهنية: وتتضمن اختيار المهنة، وتباين الميول، والاستعدادات مع العمل.

٤) المشكلات المالية: وعلى الأخص ما يرتبط في العمل أثناء الدراسة وبعدها.

٥) المشكلات الصحية: وترتبط بكافة جوانب المعجز الجسمي.

٣- تصنيف بيبينسكي لمشكلات الطلبة:

وضع العالم بيبينسكي: Pepinsky + Pepinsky 1954 تصنيفاً لمشكلات الطلبة في كتابه:

Counselling Theory + Practice (٢).

وذكر أن الطلبة يتعرضون لمشكلات قاسية أبرزها: مشكلات نقص المعلومات، وضعف الثقة في النفس، ونقص المهارات والاعتماد على الغير، ومشكلات الصراع النفسي، ومشكلات القلق في الاختيار.

٤- تصنيف كريبلين: Kreapelin

ويعتبر تصنيف كريبلين مشهوراً وشائعاً وقد قامت بتعديله (جمعية الطب النفسي الأمريكية) كما سيأتي معنا بعد قليل.

٥ - تصنيف الميكانيزمات لكيمف: 1921 Kemf :

قام كيمف في كتابه المشهور: Psychopathology^(٤) ، بتصنيف الأمراض على أساس الميكانيزمات، ويرى أن العصاب: Neurosis والذهان Psychosis ينشآن عن اضطراب الجهاز العصبي المستقل والاضطرابات الوجدانية الانفعالية المستقلة Autonomic Affective Functions ويقسمها إلى عصاب طيب: Benign وعصاب خبيث Pernicious ثم يقسمها مرة ثانية إلى عصاب القمع Suppression وعصاب الكبت: Repression ، وعصاب التعويض Compensation وعصاب السكوص Regression ، وعصاب التفكك: Disassociation .

٦ - تصنيف رادو: 1956 Rado الديناميكي^(٥) :

قام رادو في كتابه: Psychoanalysis of Behavior بالإشارة إلى تصنيف أطلق عليه (التصنيف الديناميكي) لأنه نظر إلى الأسباب المرضية من منظور ديناميكي فوجد أنها تتضمن: اضطرابات الفصام، واضطرابات النشاط الزائدة والاضطرابات الناشئة عن الإصابات المحية، والاضطرابات الناشئة عن تأثير العقاقير المومة، والناشئة عن سوء التكيف.

٧ - تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية ١٩٦٨^(٦) :

ويعتبر هذا التصنيف أقرب إلى الشمول من غيره، وقد لقي قبولاً من معظم المختصين في الطب النفسي والعقلي وعلم النفس المرضي.

١ - الأحر العملى . [حدى - سبط - منوسط - شدى - عمىق - عىر
محدد] .

٢ - الرملال المحه العضوة :

أ - الرملال المحه العضوة الدهابىة .

١ - خىل الشىخوخة وما فىلها .

٢ - الذهان الكحولى .

٣ - ذهان مرتبط بالتهاب داخل الحممة .

٤ - ذهان مرتبط بمحالات مغة أخرى .

٥ - ذهان مرتبط بمحالات فىزىقىة (جسمىة) أخرى .

ب - الزملال المغة العضوة اللاذهابىة .

١ - الفصام (الزكتسوفرىنىا) .

٢ - اضطرابات وجدانىة كبرى .

ج - حالات السارانوىا (الضلالىة) .

د - أذهنة أخرى .

٤ - الأعصاة (جمع عصاب) .

٥ - اضطرابات الشخصىة واضطرابات نفسىة غىر ذهابىة أخرى .

(أ) اضطرابات الشخصىة .

(ب) الانحرافات الجنسىة .

(ج) إدمان الكحول .

(د) إدمان العقاقىر والمخدرات .

٦ - اضطرابات نفسىة فىزىولوىجىة .

٧- أعراض مرضه خاصة

٨- اضطرابات موقفية مؤقتة: Situational

٩- اضطرابات سلوكية في الطفولة والمراهقة.

١٠- حالات بدون اضطراب عقلي ظاهر، وحالات غير محددة.

٨- تصنيف الأزمات المعاصرة لهارثي روبين^(٧):

يقسم (هارثي روبين) في كتابه الجديد: Crisis Intervention أحداث الحياة التي يتصدى لها الإنسان إلى قسمين رئيسيين:

(١) أحداث تطور الفرد النائية: Transitional + Developmental وهي تحمل أزمات متوقعة: Predictable Crisis .

(٢) أحداث الحياة الطويلة المفاجئة: وهي تحمل أزمات غير متوقعة . Unpredictable Disruptions

وفي اعتقادنا أن هذا التصنيف واحد من أدق وأهم التصنيف الحديثة في الميدان السايكايتري.

(١) الأزمات النائية: Developmental Crisis

يجتاز الإنسان منذ طفولته مراحل متعددة وفي كل مرحلة يتعرض لنوع من الأزمات التي لا هروب منها ولا مآص عنها؛ وهي أزمات تطورية: Transitional Crisis وعلى الفرد في نظر (هارثي روبين) أن يتعلم منذ طفولته كيف يتعايش معها: Must Learn How to cope with it ، فهي على هذا جزء من (دراما الحياة). فتوحد أزمات في مرحلة الطفولة

وأزمات في مرحلة المراهقة. أزمات لمن يود أن يعيش عازباً، وأزمات لمن يقرر الزواج، أزمات في مرحلة الرجولة، وعزلة في مرحلة الشيخوخة، فهذه الأزمات هي (القاسم المشترك: Common Dominator) الذي يطع حياتنا ويجب أن نتعلم التعايش معه مع كل طعام وشراب يومي. وقد حدد أمثلة منها:

(الانفصال عن الأم، تغيرات مرحلة البلوغ، صراعات المراهقة، ترك المنزل والعائلة، مشاكل الزواج، توتر وصفت الحياة اليومي، ولادة الولد الأول، الإحالة للمعاش، عزلة الشيخوخة). وحين يواجه الإنسان هذه الأزمات فإنها تلقائياً تخفف قدرته على التصدي والمقاومة:

It Reduce his Ability to Cope.

وخلال التطور النهائي للإنسان، تتكون الشخصية وتنمو ارتقائياً، ولكنها مع ذلك تمتص الأزمات المشار إليها وهذا بدوره يحد من قدرتها على المواجهة.

The Crisis Reinforce the Inability of Coping.

وحيث يفشل الفرد في التعلم على أية أزمة من هذه الأزمات التي يفترض أن يتعلم أنها طبيعية ومتوقعة: Predictable حين يفشل في المواجهة مع أية أزمة فإن فحوة: Cap تحدث لديه، وسرعان ما تتفاقم الفحوات وتتكاثر على سق التلاحم السيكتريولوجي وتولد اضطراباً واهتزازاً في الشخصية، والنتيجة المباشرة لذلك انحصار ثقة الفرد بنفسه وصورة نظره لنفسه ويبدأ فيظهر لنفسه نظرة شاحنة عاتمة: Dark Self-Image.

٢) مشكلات الحياة الطويلة غير المتوقعة: Unpredictable

ويرى الطبيب النفسي (هارفي روبين) بأن هذه المشكلات غير متوقعة

ومفاجئة فيمكن أن تحدث لأي إنسان، بأي وقت وبأي مكان ويحصرها بالتالي:

(١) ترك الإنسان للمنزل الذي قضى به (طموته) بأي لحظة ونزوله لمعترك الواقع القاسي لمواجهة التحديات بمفرده وبناء الذات المستقلة.

(٢) حسارة زوج لروحة أو العكس؛ بحادث أو فاحشة أو طلاق، أو فقدان ابن أو ابنة بأي سبب، أو فقدان حبيب أو حبيبة.

(٣) سقوط في مدرسة أو جامعة أو امتحان أو مسابقة أو محاولة.

(٤) خسارة في تجارة، أو تسريح من عمل بسبب أو بدون سبب، أو فشل في مهنة.

(٥) اصطدام أو حادثة كحريق أو عرق أو حصام أو سرقة.

(٦) أحداث التمكك العائلي وآلامها ومشاحناتها.

(٧) حدوث مرض أو عاهة (مرض السكر، الصمط، الكليتين، السرطان، الالتهابات، الحميات، الربو والرئتين، أمراض القلب، الذبحة الصدرية، الشلل، إلخ...).

(٨) أزمات مالية واقتصادية كالديون، والقروض، والإفلاس، والخسائر في الممتلكات، وانقطاع الدخل، والمصادرات المأحقة إلخ..

(٩) المخاوف اليومية من الفشل والقلق والموت المفاجيء..

(١٠) الشعور بالفراغ، والعزلة، والاعترا ب: Alienation والوحدة، والضياع، واليأس: Hopelessness والكآبة Depression، وأن الحياة لا معنى لها: Meaningless and Aimless Life.

ويرى (هارفي روبين) أن الأزمات: Crisis يمكن تصنيفها بدرجتين:

أ - أزمة بسيطة Simple فحائية غير متوقعة وبها يمكن للإنسان في مساعدة بسيطة من صديق أو صديقة أو أخصائي أن يعود بها إلى حالة التوازن: Return to Equilibrium State .

ب - أزمة شديدة وعسيفة Severe, Acute, and Intensive وهي تحتاج لرعاية عاجلة ومكثفة: Intensive Care وتستلزم وقتاً طويلاً، وتشخيصاً دقيقاً، ودراسة لتاريخ الحالة، وعلاجاً عيادياً متخصصاً.

ويركز الطبيب (روبين) تركيزاً خاصاً على (العائلة) باعتبارها الوحدة المركزية للعطاء العاطفي والاستقرار النفسي وأن أي خلل بين أفرادها سيشكل تصدعاً نفسياً قد يحمله الفرد معه (طيلة حياته).

ويرى أن ثمة (احتياجات إنسانية): Human Needs ثلاثة لا بد من إشاعها لدى الفرد؛ وهي:

(١) الاحتياجات البقاءية Survival: وتمثل بالسكن الجيد والطعام واللباس والشراب والدواء .

(٢) الاحتياجات السيكو - اجتماعية: وتمثل بالتدعيم، والحب، والفهم، والتآلف .

(٣) الاحتياجات البيو - حضارية: وتمثل بالذات، والترابط، والمرونة، والتكيف، والاندماج بالمجتمع والواقع .

وإن أي نقص أو خلل في إشاع أي طرف من أبعاد هذه الاحتياجات سيعرض الطفل حتماً للخلل التوازني: Disequilibrium ويحاول (هارفي

روبين) إعطاءنا مريداً من الحلول بقوله:

إن كل فرد يعاني ارتساکاً سلوكياً أو مرضاً نفسانياً فلا بد أن يخضع لعملية (إعادة التعلم Re-Learning) نادئين من (المحيط العائلي) وهو بهذا ينحو في العلاج هجاً سلوكياً ولكن دون إنكار لديناميات السلوك وكافة أبعادها:

Dynamic Behavioral Approach.

وإعادة التعلم ستولد استجابات أصح): Correct Responses للأحداث المحيطة بالإنسان، والذي يود أن يعيد إلى ذاكرتنا تحديد بنوعين من التحديات:

أ - تحديات خارجية: External Challenges

كالمرض الذي يهاجم أي إنسان بأي لحظة وأي مكان، والسفر والانتقال، وحوادث الاصطدام، وأحداث الموت كفانون حتمي.

ب - تحديات داخلية: Internal Challenges

كالخلاف بين الأبوين، أو بين شخصين، والخلافات بين الأبناء، أو خلافات بين الأبناء والأبوين.

ويشير إلى أن (العلاقات) بين الناس، وبين أفراد العائلة تتخذ شكلين اثنين:

١) علاقات أفقية Horizontal Relationships

٢) علاقات عمودية Vertical Relationships

ويحصل بين هذين النوعين من العلاقات سلام ووثام ثم تنافر وصدام؛ وهذان النوعان شيهان بخطوط وأضواء المرور التي تتعرض للتغير باستمرار وحلال دقائق طسقا لحالة السير ومقتضياته. وتمثل قدرة الفرد على التكيف بالتأقلم وضط المواقف لمصلحته. والمثال للعلاقات الأفقية في الأسرة هي علاقات الأفراد ببعضهم التي قد يصيبها التأزم حين يفرد الأب أو الأم بالسلطة الصارمة ويكون ذلك سبباً لشقاء الأسرة أكملها. ويحصل ذلك في محيط العمل حين يكون الرئيس متسلطاً على مرؤوسية، ويعتبر العالم العربي بما فيه من كوارث نموذجاً لهذا النوع من التسلط. أما العلاقات العمودية فيعني بها (روبين) وجود اضطراب فعلي لدى أحد أفراد الأسرة أو المجتمع كالحاجة المرضية للانتباه إليه Attention Seeking أو الروح العدوانية Aggression أو الحالة العصائية: Neurotic أو الذهان: Psychotic أو العصامية: Schizophrenic أو حالات الإدمان على المخدرات أو الكحول: Drug or Alcohol Addiction أو أحد اضطرابات الشخصية: Personality Disorders وكلها تستدعي تشخيصاً وعلاجاً عيادياً.

ويركز الطبيب النفسي (هارفي روبين) على أن المشكلة لا تنشأ في فراغ فهي وليدة بيئة مريضة ذات حدود عميقة:

Environment-Rooted.

وعلينا البداية من مراحل تكوينها الأولى:

The Pre-Stage of the Problem

ويبدأ (تعديل السلوك) و(إعادة التعلم) من (الخط القاعدي) لعادات الفرد ومشكلاته: The Base-Line .

فوائد التصنيف ومستوى ثباته:

بعد عرضنا للنماذج ثمانية للتصنيف يجب أن ندرك أنها تساعدنا مساعدة كبيرة في (عملية التشخيص) ولكن لا يمكن أن تحل محلها فهي مجرد عامل مساعد. وتساعدنا هذه النماذج للتصنيف في كتابة التقارير وفي عمليات التوجيه والإرشاد بالذات في ميدان (القراءة العلاجية) Reading Clinics وذلك لوجود حالات عديدة يندر بينها وجود تطابق. ويرتبط بموضوع التصنيف مدى ثباته، والشواهد بين أيدينا متضاربة في هذا الموضوع. فقد قام العالم (آش Ash) بدراسة عام ١٩٤٩ كانت فيها نتائج دراسة الثبات منخفضة بدرجة كبيرة؛ إذ وصلت نسبة الحالات التي لم يتمق عليها إلى ٥٠٪ من الحالات المبحوثة. وترتفع هذه النسبة إلى ٨٠٪ في دراسة شميدت وفوندا: (Schmidt + Fonda ١٩٥٦).

حواشي الفصل الرابع

(1) **Edwards: The Problem of Terminology in Clinical Psychology;** McGill University Press, 1977, Montreal, Canada.

(2) **Williamson, E.G.: Counselling Adolescents** Revision of Part. I. of **How to Counsel Students**, New York, McGraw Hill, 1950, U.S.A.

(3) **Pepinsky + Pepinsky** Counselling Theory + Practice, Ronald Press Co 1954, New York, U S

(4) **Kemf, E J. Psychopathology**, St. Louis, Mosby, 1921

(5) **Rado, S. Psychoanalysis of Behavior**, Collected Papers, Grune + Stratton, 1956, New York, U.S.A.

(6) **See. American Psychiatric Association Index; Report on Mental + Psychological Illnesses Classification**, 1968

(7) **See Ruben Harvey: I.C. Crisis Intervention**, Popular Library Books, Toronto-Canada, 1976

الفصل الخامس

أشكال التشخيص ومراحله ووسائله

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد .
- الأحصائي واتخاذ القرار: (سانديبرغ - تيلر) .
- تطوير نموذج أو صورة ملائمة للعمل .
- مراحل وخطوات التشخيص عند سانديبرغ وتيلر .
- خطوات التشخيص عند (باب، وسكوت) .
- الوسائل المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي .
- أدوار الاختبارات .

الفصل الخامس

[أشكال التشخيص ومراحله ووسائله]

تمهيد: يؤكد العالمان (سانديرع وتيلر): Sundberg + Tyler في كتابها « علم النفس الإكلينيكي » بأن التشخيص الإكلينيكي في جوهره هو عملية تستخدم للوصول إلى قرار: Decision ولتكوين نموذج Model ملائم للشخص موضوع الدراسة والمساعدة^(١).

الأخصائي واتخاذ القرار: Decision-Making (سانديرع، تيلر):

يؤكد (سانديرع وتيلر): بأن مهمة الأخصائي الإكلينيكي تستدعي اتخاذ قرارات متعددة على الشكل التالي:

أ- هل تقبل الحالة في المؤسسة أم ترسل إلى مؤسسة أخرى؟

ب- هل نوعية العلاج داخلي أو خارجي؟

ج- هل يبعد (العميل) عن أسرته أم يبقى على صلة بها (في حالات الجراح)؟

ويرى الدكتور عطية محمود هنا في كتابه (علم النفس الإكلينيكي)^(٢) بأن عملية التشخيص الإكلينيكي يجب أن تراعي وتتضمن دوماً قيم المؤسسة Institutional Values التي تمثل المجتمع عادة؛ وقيم الفرد:

Individual Values ففي مستشفيات الأمراض النفسية لا يستطيع المؤسّد أن تلفظ الأفراد الذين يلجأون إليها لأنهم لا يستجيبون للعلاج الاستجابة الكافية. وإلا فأين يذهبون؟ وقيم المؤسسة ليست بمعزل عن التقييم، فإن هذه القيم كثيراً ما تتأثر بنتائجها فاهتمام عيادات أو مستشفيات خاصة بمشكلات المراهقة أو حالات الضعف العقلي إنما يأتي نتيجة لعمليات تقييم الحالات التي تتردد عليها. ويعتبر البحث الفريد عن اتخاذ القرارات في ميدان العمل الإكلينيكي هو بحث العالمين (كرونباك، وجلسر Cronbach and Gleser 1957) بعنوان الاختبارات السيكولوجية وقرارات العاملين، وقد أوصى هذان الباحثان بمراجعة النواحي الخمس التالية^(٢):

١) ينبغي أن يكون التأكيد على كل ما نحصل عليه من وسائل التقييم وليس فقط على أداة واحدة من أدواته.

٢) يجب أن ننظر إلى مشكلات الصدق للاختبارات ولغيرها من وسائل التقييم على أنها تحسينات: Improvement على الإجراءات المتبعة وليست أموراً تحدث نتيجة الصدفة.

٣) يجب أن يكون تخطيط التقييم - التشخيص هو موضوع الاهتمام، وكذلك الاهتمام بفائدة الاختبارات أو غيرها من الوسائل.

٤) إن اختبار القيم (الفردية والخاصة بالمؤسسة) أساسي بالنسبة للتقييم.

٥) إن القرارات التي تتخذ يجب أن تؤدي إلى التقدم نحو الهدف.

تطوير نموذج أو صورة ملائمة للعمل: Developing Image or Working

Model:

لقد أدركنا من الإشارة العابرة إلى أبحاث (سانديريغ وتيلر) وأبحاث

(كرونباك وجلسر) ومؤلفاتها، بأن التشخيص والعمل الإكلينيكي يتضمن اتخاذ قرارات على غاية من الأهمية، ولكنه يرمي أيضاً إلى وضع صورة Image أو نموذج ملائم للعمل للفرد الذي يقدم له المساعدة.

والصورة تتبع من مقابلات متعددة مع العميل وهي مجموعة الفروض عن الفرد والمجال الذي يعيش فيه.

وقد أشار (ستانتون وشمارتر 1954 Stanton + Schvartz)^(٤)؛ في كتابها: The Mental Hospital إلى أهمية الصورة التي يكونها الطبيب عن المريض، والمريض عن نفسه، وعما يفكر عنه الطبيب والدور الذي تلعبه إيجابياً لشفاء المريض أو سلبياً لإعاقة العلاج وتأخير الشفاء. فذكرا حالة امرأة انطوائية مصابة بالمصام، تحسنت حالتها نتيجة لتغيير سمعتها قصداً لدى العاملين في القسم الذي تقيم به.

والصورة عن المريض يجب أن لا تكون جامدة ونهائية وثابتة بل تتغير وتبديل وتسمو كلما حصلنا على معلومات جديدة عن العميل. وقد اختلف العلماء في تسمية هذه الصورة فقال عنها جولدمان Goldman إنها نموذج الشخص Model of Person وسمّاها سوبر Super صورة العميل Picture of a Client ولكن مها اختلفت التعابير فالاسم هو مجرد تكوير فرضي: Hypothetical Construct يتضمن كل البيانات التي يمكن تحصيلها من العميل وعنه.

ويرى بعض العلماء أن من الخطأ النظر للتشخيص بأنه مجرد تقرير درجات للاختبار، أو تحديد درجة لقدرة من قدرات الفرد، فالتشخيص هو الفهم النفسي العميق لإمكانيات الفرد وتوافقه السلوكي ويعتمد على الرؤية الصحية لدرجات السمات النفسية التي توصح في مبيان نفسي:

Psychograph or Profile ، ويمكن أن نحصر نواحي التشخيص النفسي الإكلينيكي في الجواب الآتية:

تقدير الذكاء أو القدرة العقلية، وتشخيص أنواع المعز أو القدرات الخاصة بالفرد، والتشخيص الفارق، وتقييم الشخصية، وذلك تبعاً لنوع الخدمة المطلوبة من الأحصائي النفسي الإكلينيكي في مختلف المواقف الإكلينيكية^(٥).

ويأخذ التشخيص المعاصر شكلين:

أ- الشكل التصميحي الطبي.

ب- الشكل السيكوديناميكي.

أما الشكل الأول فيتحد من (التصنيف) Classification قاعدة له وينحصر في (تسمية المرض أو شكوى المريض) ويميل بعض الأخصائيين الإكلينيكيين للأخذ به رغم أنه - أسلوب طبي - وأكثر الحالات التي أثبت هذا الأسلوب جدارته فيها هي حالات المرض الذي يتطلب إجراء عملية جراحية Surgery ففي هذه لا بد من الالتجاء للمتخصصين في جراحة المخ أو غيره. أما في الحالات النفسية فإن الأمر يختلف اختلافاً كلياً. ويرى كثير من النقاد أن الأسلوب الطبي محدود في نطاق خاص؛ والتصنيف الذي قدمه لنا الطبيب (كريبل) لم يفدنا في فهم المرض أو معرفة أسبابه. والحالة المحددة الخالصة من حالات الأمراض المختلفة أي (النمطية) لمرض بالذات هي حالة شاذة - Rare - ونادرة في مجال الأمراض النفسية. فالمصابي القهري قد تكون لديه أعراض هستيرية كما أن العصابي قد يظهر أعراضاً تخشيبية، والفصامي قد تبدو عليه مظاهر الاكتئاب الشديد أيضاً.

أما الشكل الثاني (السيكو ديناميكي : Psychodynamitic)؛ فالقاعدة التي يتخذها التشخيص فيه هي (ديناميات المرض النفسي)؛ وفي هذا الشكل لا بد من دراسة الحالة دراسة مستفيضة Comprehensive من جميع جوانبها، وخاصة من ناحية القدرات، والدوافع، والانفعالات، والقيم، والاتجاهات، وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها الفرد؛ فضلاً عن آثار البيئة والمجال التي نشأ فيها.

مراحل وخطوات التشخيص عند ساندبيرغ وتيلر^(١):

حدد هذان العالمان مراحل وخطوات التشخيص بالخطوات الأربع التالية:

(١) مرحلة الإعداد : Preparation Stage

(٢) مرحلة التروؤ بالمعلومات : Input Stage .

(٣) مرحلة معالجة المعلومات : Processing Stage .

(٤) مرحلة اتخاذ القرارات : Decisions + output Stage .

أما - مرحلة الإعداد - فتشتمل على - أربع خطوات مرعية - :

أ - الاتصال بين الأخصائي؛ وكافة المؤسسات السابقة للتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض. وتجمع كافة التقارير .

ب - المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي في المقابلة المبدئية.

ج - القرارات المبدئية في قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقويم الإكلينيكي .

د - اختيار أدوات التشخيص، من اختبارات ووسائل قياس وزيارات وغيرها.

أما المرحلة الثانية فهي مرحلة التزود بالمعلومات؛ وتشتمل هذه المرحلة على خطوتين فرعيتين:

أ - المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائيين والمريض، وقد تستلزم هذه المقابلات تعديلات في أهداف التشخيص ووسائله، وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات التي يرى الأخصائي تطبيقها على الحالة.

ب - تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضاً مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

وتأتي المرحلة الثالثة وهي مرحلة معالجة المعلومات ويقوم الأخصائي فيها بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعايير المتضمنة لها وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها تمهيداً للاستفادة منها كما في حالة الالتحاق بدراسة - ما - أو مهمة معينة والنجاح فيها.

أما المرحلة الرابعة فهي المرحلة الأخيرة في التشخيص وهي مرحلة اتخاذ القرارات؛ وتتضمن كتابة التقارير Writing Reports واجتماعات مناقشات الحالة، ثم اتخاذ قرارات نهائية ترتبط بشأن العلاج وأسلوب العمل ويمكن للأخصائي أن ينقل ما لديه من معلومات لغيره من الأخصائيين أو يقوم بمتابعة العلاج بمفرده إذا كان هو المعالج النفسي الوحيد.

خطوات التشخيص عند (باب وسكوت 67 Pope + Scott) (٧):

أشار العالمان (باب، وسكوت: Pope + Scott) بأن هناك سبع خطوات

رئيسية وهي:

(١) يصوغ الطبيب الأسئلة التي يحول بسببها الحالة بالاشتراك مع الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

(٢) يصوغ الأخصائي النفسي الإكلينيكي المشكلات المحولة في عبارات مرتبطة بطريقة أكثر مباشرة بالمناهج والوسائل التي يستخدمها.

(٣) يختار عدداً من الاختبارات والوسائل النفسية الأخرى المعيدة في الإجابة عن هذه الأسئلة.

(٤) يقوم بمقابلة المريض ويطبق عليه الاختبارات والوسائل المختلفة.

(٥) يقوم بتصحيح الاختبارات الموضوعية الكمية، ويفحص الوسائل الأخرى سعياً وراء الدلالات الكيفية.

(٦) يصوغ استنتاجاته عن المريض مع اعتبار أسئلة الطبيب نقطاً مرجعية على أساس فحص درجات الاختبارات، وقراءة استجابات المريض كل منها على حدة، والبيانات التي حصل عليها من الملاحظة، ومن تفاعله مع المريض.

(٧) ينظم البيانات والاستنتاجات التي وصل إليها في صورة تقرير يبعث به إلى الطبيب المعالج، فدوره استشاري - Consultant.

ويستحسن أن لا يفوتنا القول في أن هذه المراحل والخطوات لعملية التشخيص هي - اجتهادات - لا تخلو من فائدة. ولكن الأخصائي الواعي يتصرف بما تليه عليه الحالة من (مقتضيات).

الوسائل المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي:

تعتبر تاريخ الحالة، ودراسة الحالة، والمقابلة التشخيصية، والاختبارات المقننة والإسقاطية والاستبيانات، والتقارير الطبية والعائلية والمدرسية والمهنية مجرد وسائل أولية في التشخيص. وإن التقرير التشخيصي الجيد للمريض هو الذي يعطينا صورة المريض باعتباره شخصاً حياً له خصائصه ومميزاته. ونواحي عجزه ومشكلاته ومتاعبه، ونواحي العجز أو المرض الذي يعاني منه المريض. ويعتبر تاريخ الحالة Case History من أهم مصادر المعلومات عن الحالة وهو يتضمن جميع المعلومات التي يمكن جمعها من المصادر المختلفة عن الفرد من لحظة ولادته حتى اللحظة الحاضرة.

أما المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview فإنها تتيح للأخصائي فرصة الملاحظة المباشرة: Direct Observation لسلوك المريض مما لا تتيحه الوسائل الأخرى للتشخيص، وفي المقابلة يحصل الأخصائي على استجابات محددة.

وتعتبر (الاختبارات) بأنواعها المتعددة أداة من أكثر الأدوات أهمية في استكمال جمع المعلومات ويمكن تحديد الأدوار التي تحققها بالتالي:

أدوار الاختبارات:

أ- تقييم إمكانيات الفرد وقدراته: فهي تكشف عن الذكاء، والقدرات الخاصة، ولهذا كان هناك ارتباط وثيق بين القياس النفسي والعمل الإكلينيكي.

ب- تقديم وصف تشخيصي لسلوك الفرد: ويتضمن مشاعر العميل واتجاهاته، وأفكاره التي يمكن كشفها بواسطة الاختبارات الوصفية التشخيصية لجوانب الشخصية.

ج- تقييم ديناميات السلوك: وتستخدم لمعرفة الاختبارات الاسقاطية لكشف العوامل المؤثرة في سلوك الفرد وفي رسم خطة العلاج بعد تحديد الاتجاهات التي ترتبط بحالة العميل سواء كانت نحو الأسرة أو العمل أو غيرها.

حواشي الفصل الخامس

(1) Sundberg, N.D. + Tyler, L.E: Clinical Psychology, Appleton-Century Crofts, New York, 1962, U.S.A.

(٢) راجع الدكتور عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية القاهرة ص ٨٤، ١٩٧٦ .

(3) Gronbach L.J + Gleser G.C. Psychological Tests + Personal Decisions, Urlano, University + Illinois Press, 1957

(3) Stanton + Schwartz M.S. The Mental Hospital, Basic Books, 1954, New York. U.S.

(٥) راجع د. عطية محمود هنا - علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - القاهرة ١٩٧٦ ص ٨٨٠ .

(6) Sundberg, N.D + Tyler, L.E Clinical Psychology, Appleton-Century Crofts, New York, 1962, U.S

(7) Pope, b + Scott W.H: Psychological Diagnosis In Clinical Practice, Oxford University Press, New York, 1957, U.K, London.

الفصل السادس

الأمراض السيكوسوماتية: Psychosomatic Illnesses

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد بيو- سيكولوجي
- تعريف الأمراض السيكوسوماتية وأبعادها وميكانيزماتها.
- علاقة القلق والضغط والضيق بظهور الأمراض السيكوسوماتية.
- استقلال الطب السيكوسوماتي وصدارته وبروره.
- الأمراض السيكوسوماتية:
 - ١- أمراض الجهاز الهضمي:
 - أ- قرحة المعدة. ب- قرحة القولون. ج- السمة المفرطة.
 - ٢- أمراض الأوعية الدموية- الدورية والقلب:
 - أ- عصاب القلب. ب- التوتر الرائد. ج- الإغواء. د- الصداع.
 - ضغط الدم الحواري، - لعط القلب الوطني.

- ٣ - أمراض الجهاز التنفسي:
- أ- الربو الشعبي. ب- حمى القش. ج- السل الرئوي.
 - د- إصابات البرد المعتادة.
- ٤ - الاضطرابات الجلدية:
- أ- الانتكاريات. ب- حب الشباب، وسقوط الشعر.
 - ٥ - أمراض سيكوسوماتية معاصرة جديدة:
 - أ- السرطان. ب- سكر الدم (السكري)
 - ج- التهاب المفاصل الروماتيزمي.
 - د- نزيف الأذن الوسطى.
 - هـ - الصداع النصفي.
 - و- الاستجابات العضلية الهيكلية.
 - ز- الاستجابات التناسلية، واستجابات الغدد الصماء والخواسب وعبرها.

الفصل السادس

[الأمراض السيكوسوماتية]

تمهيد بيوسيكولوجي:

يُصاحب أي نوع من الانفعال تغيرات بدنية خارجية وتغيرات فيزيولوجية داخلية. فالانفعالات الخاصة بالسرور أو عدم السرور، بالتوتر أو الراحة، بالقلق أو الاطمئنان إنما ينعكس تأثيرها المباشر علينا.

وتتحكم الأعصاب في الدماغ وأيضاً في كافة أعضاء الجسد الأخرى. فالحهاز العصبي ينظم حياتنا الجسدية وهذا يعني التحكم في إفرازات الغدد بنوعيتها الصماء وغير الصماء والتي ينعكس نشاطها على الجهاز العصبي بطريق عكسي. فالحهاز العصبي: Nervous System يتلقى الأحاسيس في شكل شحنات عن طريق (الضوء، الصوت، الحرارة، الرائحة إلخ..). ويمتصها ثم يتولى تحويلها إلى حركة وأفكار وأحاديث... إن كل حركة وسكنة في الجسد الإنساني تعتمد كلية على الجهاز العصبي. لا شيء يتحرك إلا بأمره.. حتى الأفكار.. الحركة، كل شيء منبعها الجهاز العصبي. إنه إذن الجهاز المسؤول عن كافة الصور الحياتية لنا بدءاً من التنفس، وانتهاءً بالدورة الدموية والنشاط الذهني الشعوري واللاشعوري. إن الجهاز العصبي هو القائد المسؤول والرابط الرئيسي للسلوك وردود الأفعال الفيزيولوجية، والاستجابات المرضية وماختصار لكياننا ككل وشكل غير متجزئ.

ولو قمنا بنظرة (ميكروسكوبية) للتغيرات الحشوية داخلنا فإننا نرى أنها تدور حول المحافظة على التوازن الهيموستازي (البايوكيميائي) للبيئة الداخلية في الجسم Internal Balancing Mechanism والذي يشمل تنظيم الحرارة وضربات القلب وضغط الدم ومعدل التنفس وإذابة السموم التي تتراكم أحياناً، وأي انفعال نفسي حسب درجته وشدته من الخارج يؤثر على الفور في التوازن الداخلي وترد الأجهزة الفيزيولوجية كاللعدة والقلب والرئتين ردوداً غريضة مشيرة إلى خلل في (التوازن الهيموستازي- البايوكيميائي للجسم) ويظهر المرض. وتظهر المصاحبات والترابط الفيزيولوجي للسلوك في حالة: (الأزمات الانفعالية) في عمل الجهاز العصبي^(١) المستقل، وهو ذلك الميكانيزم السوي (اللاإرادي) الذي يحافظ على التوازن الهيموستازي. وينقسم الجهاز العصبي المستقل إلى قسمين: الباراسمبتاوي والسمبتاوي، وهما يعملان في تعارض متعاكس (فأحدهما يعمل على ارتخاء بعض العضلات والثاني يعطل هذا العمل). ويميل القسم- الباراسمبتاوي- إلى المحافظة على الوظيفة البيولوجية السوية. وأما- السمبتاوي- فيعكس الكائن للاستجابة ورد الفعل الضروري. وفي حالات الضغط الانفعالي Tense tension يتعطل النشاط الفيزيولوجي السوي الذي يحافظ عليه القسم الباراسمبتاوي ويعمل الجسم في الاتجاه الضروري للقسم السمبتاوي: (الدفاعي).

ولكي يتضح لنا ميكانيزم الانفعال شكل أوضح يجب أن ندرك أن الناس جميعاً يمرون في حياتهم بفترات انفعال كجزء عادي مع شؤون حياتهم. وبعضهم الآخر يزداد عندهم الانفعال؛ فهم يتعرضون إليه كل ساعة لأنهم يمثلون صنفاً معيناً من الناس ومستوى خاصاً من التوتر.

والانفعال عموماً هو وقتي، ويصل إلى قمة الشدة بشكل يتلاءم مع

الموقف، ويخضو ويخمد إذا ما واجهه الفرد أو تغلب عليه أو إذا اختفى الموقف المثير للانفعال. والقدرة على أن يتمثل الفرد الانفعال السوي بكل مداه علامة على التوافق الجيد كما أنه يزيد حياته ثراء. ولكن عندما يصبح الانفعال مزمناً أو شديداً جداً، فإن التوازن الهيموستازي يضطرب بشكل حطير، ويظهر هذا الاحتلال المستمر في شكل (اضطراب سيكوسوماتي) Psychosomatic Disorder .

تعريف الأمراض السيكوسوماتية وأبعادها وميكانيزماتها:

يعرف العالمان فاييان ل. روك، و د. كوستيلو الأمراض السيكوسوماتية بأنها « مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها:

It rejects medical Treatement.

فلاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة اختلال شديد أو (مزمن) في توازن هيموستازي في (الكيمياء الفيزيولوجية) للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي: As a Result of Psychological Pressure .

وتشمل هذه الحالة أي جزء من الجهاز العضوي، وتحتاج عادة إلى علاج نفسي وطبي. فالمرض السيكوسوماتي هو مرض جسمي ذو جذور وأسباب نفسية ويظهر على شكل رد فعل استجابي لأي عضو مصاب كالاستجابات المعدية أو المعوية، أو استجابات قلبية أو تنفسية أو جلدية أو عضلية هيكلية أو تناسلية. وهناك اضطرابات أخرى تشمل الدورة الدموية وجهاز الغدد الصم وأعضاء الحس المختلفة.

ويشير العالمان (برادي: 1958 Brady وسانفورد Sanford)^(٢) إلى أن الأمراض الناتجة عن أسباب نفسية يمكن أن تقود إلى أمراض مذهلة كالتالي:

(١) الربو (Asthma ، ٢) الصداع النصفي (Migraine ، ٣) السمنة (Obesity ، ٤) ارتفاع ضغط الدم (High blood Pressure ، ٥) التهابات الجلد: (Neurodermatitis ، ٦) التهاب الغشاء المخاطي أو القولون: (Colitis ، ٧) القرحة Stomach-Ulcers أو حدوث نزيف معدي داخلي: Internal bleeding .

وقد ذكر الدكتور أحمد عزت راجح في كتابه (الأمراض النفسية والعقلية) تقريراً لمكتب الصحة الفيدرالي في أمريكا بحصي الأمراض التي تعود أصلاً إلى الأزمات النفسية وكان منها:

« ضغط الدم الجوهري، وقرحة المعدة والأمعاء ، والربو وأمراض التنفس، وأمراض القلب وأمراض الشريان التاجي ، والذبحة الصدرية، والجلطة الدموية، وحالات الإمساك والمفص، والإسهال المزمن، والتهاب المعازل الروماتزمي، وتضخم الغدة الدرقية، والطفح الجلدي والصداع النصفي، والبهاق والبول السكري، وسلس البول الفريد، واللماسحوعرق النساء»^(٣).

ويشير (والتر كوفيل، وتيموثي) في كتابها: Abnormal Psychology إلى أن التقارير التي يقدمها المسؤولون في مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية تشير بصفة عامة إلى أن (٤٠٪ - ٦٠٪) من المرضى الذين يترددون على الأطباء في كل أنواع المرض يعانون من اضطراب سيكوسوماتي. وتوضح لنا الأبحاث في ميدان الطب الصناعي أن نسبة كبيرة وصلت بين

(٧٠-٧٥%) من حالات التغيب عن العمل ترجع إلى شكاوي سيكوسوماتية. كما تشير الدراسات في الميدان العسكري بأن الاضطراب السيكوسوماتي هو من أعلى نسب التردد على العيادات.

فأسباب الأمراض السيكوماتية كما اتضح أمامنا تحدث نتيجة لضغط انفعالي أو مستمر من مشكلات وأعباء الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر في عصر أبسط ما يوصف فيه بأنه عصر القلق والسكتة القلبية، والجلطة الدموية والذبحة الصدرية والسرطان والتهابات الدماغ والروماتيزما والعصاب والفصام والهستيريا والذهان وغيرها.. وهذا الضغط متوقف على (الأسلوب) أو (الحل) الذي يستجيب به الفرد لشدائد الحياة ومواقفها؛ بغض النظر عن إدراكه لها بصورة موضوعية أو غير موضوعية. فإذا لم يتم إخراج الانفعالات التي يتطلبها الموقف في صورة (فيزيقية أو لفظية) فإن التوترات الداخلية تعمل من الداخل وتعطل الوظائف: The Functions السوية لبعض الأعضاء. ويلعب الخوف بأنواعه والقلق والغضب والكبت والضغط دور الناشر والمقصات في أعصابنا وفي أجهزتنا الداخلية.

وقد صور العلماء الأربعة (التركوفيل، تيموثي، كوستيلو، فايان روك) ميكانيزما المرض السيكوسوماتي بقولهم^(١):

«... فإن حدث أن أعيقت هذه الطاقة Energy الحشوية عن الانطلاق في سلوك خارجي مناسب بالعمل أو اللفظ؛ كأن امتنع الفرد من الهرب في حالة الخوف أو الدفاع في حالة الغضب، زاد تراكمها واشتدت وطأتها فتضخمت الاضطرابات والتوترات الحشوية مما قد يحدث للفرد أعراض من الصداع dizziness أو القئ: Throueing out أو سوء الهضم

digestive disorder أو الإسهال أو الإمساك أو اضطراب التنفس والربو، أو ضربات القلب.. وبعبارة وجيزة؛ إذا لم نتمكن انفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت (أجسامنا) التعبير عنها بما تستهلكه من لحم ودم».

وقد نشر الدكتور (جوليان روتير J. Rotter في مجلة لانسييت Lancet الطبية الانجليزية بحثاً مقارناً عن خطورة الإحصائيات المرتبطة في أمراض القلب الراجعة إلى عوامل نفسية سببها مواقف انفعالية تثيرها ظروف اجتماعية: Caused by social factors؛ عديدة كالضيق والاغتراب والكبت والقلق والمشكلات العائلية والانفعالية والقمع وغيرها مما تحمله لنا الحضارة المعقدة المعاصرة:

«لقد سجلت الاحصائيات في الولايات المتحدة بأن أمراض القلب بمختلف أنواعها الستة؛ ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨٪ في عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧٪ في عام ١٩٤٨ أي بزيادة أكثر من ٤٠٠٪ إلى ٦٤٢٪ في عام ١٩٧٧ أي ما يقارب من ٨٠٠٪ عما كانت عليه عام ١٩٠٠ وهذا النذير بالخطر ينعكس في أن نسبة الوفيات في (الأمراض التاجية) في الولايات المتحدة يزيد (١٢) مرة على نسبتها في انكلترا رغم وجود الفارق السكاني الذي تزيد به أمريكا خمسة أضعاف أو أكثر عن المملكة المتحدة، ولا يفوتنا الإشارة بأن الشريان التاجي هو الذي يغذي عضلة القلب باستمرار».

ويعتقد الدكتور محمد أحمد غالي في كتابه الشهير^(٥) «القلق وأمراض الجسم» «بأن خطورة الأمراض السيكوسوماتية (الجسمية - النفسية) قد شاع وانتشر بعد حربين عالميتين وما جرتا وراءها من أهوال ونتائج سيئة، وتظهر تلك الأمراض على شكل إصابات فعلية أو خلل فعلي

حقيقي في أنسجة أو خلايا جدران المعدة أو الأمعاء الغليظة، أو الجلد، أو في وظيفة التنفس أو غيرها من صور الأمراض التي أصبحت الشغل الشاغل للكثيرين من المشتغلين بالطب البشري، لأنهم حارروا في البحث عن أسبابها كما فشلت الجهود الحالية طبياً وكيميائياً في استئصال شأفتها ولا غرابة في ذلك؛ لأن كل الجهود كانت موجهة نحو الأعراض Symptoms ولم تتوجه نحو الداء نفسه في جذوره وأسبابه العميقة السيكلوجية».

ويسلط العالم (هاليداي Halliday) الضوء على كيفية ظهور الأمراض السيكوسوماتية وتحولها فيزيولوجياً وعصبياً بحكم (تحولات ومتغيرات) العصر النووي التكنولوجي الصعب الذي ندفع الثمن لإنجازاته البشرية كلها بقوله:

«إن سبب هذا التحول من التعبير عن التآزم النفسي بالأعراض المستيرية إلى التعبير بالأمراض (النفسية - الجسمية) يرجع إلى تغير الجو النفسي بسبب اختلاف المعاملة وتغير العلاقة بين الطفل والوالدين في النصف الثاني من القرن العشرين الأمر الذي زاد من أنواع الشعور بالعداء والكراهية الكظمية».

وقد لوحظ بأن (الأمراض السيكوسوماتية) تشيع بين الشباب والفتيات وحديثي السن رغم التقدم الكبير في ميادين الرعاية الاجتماعية والصحية والطب الوقائي والعلاجي فإن هناك أكثر من - مليون شخص - لا يقبلون في القوات الأمريكية المسلحة - سنوياً - بسبب اضطرابهم النفسي والجسمي معاً. و - مليون آخر - يعفون من الخدمة بعد أن تظهر عليهم الاضطرابات السيكوسوماتية^(١).

ويعتبر ضغط الدم Blood Pressure من أخطر الأعراض

السيكوسوماتية فقد دلت الأبحاث بأن الأمريكيين والانجليز المقيمين في الصين والمناطق الحارة تقل نسبة ضغط الدم عندهم عن يقيمون في أمريكا وانكلترا حيث يتعرضون لحياة العمل والضغط والتوتر التكنولوجي والتنافس والصخب والقلق وتبرز لديهم أعراض قرحة المعدة أو القولون وبالذات السكر البولي أو الدموي، وتشير الإحصائيات أن نسبة الوفيات من ضغط الدم الجوهري (غير المضوي) وتضخم الغدة الدرقية قد تطور بالشكل التالي:

أ- في أمريكا ارتفع من ١٤٠,٠٠٠ في سنة ١٩٢٤ إلى ٣٧٥,٠٠٠ في سنة ١٩٤٠ إلى ١,٠٠٠,٠٠٠ في عام ١٩٦٠ بسبب ضغط الدم الجوهري.

ب- في انكلترا ارتفع معدل الوفيات بمقدار ٤٠٠% بين الذكور، ٢٣٠% بين الإناث بين سنة ١٩١١ - ١٩٣٦ وازدادت هذه النسبة إلى ٨٠٠% بين الذكور، ٤٦٠% بين الإناث بين عام ١٩٣٦ - ١٩٦٦.

وانتشرت قرحة المعدة والأمعاء بشكل متفاقم بين رجال الإدارة والمصانع والشركات والأطباء لما يضطلمون به من مسؤوليات جسيمة؛ وليس غريباً أن تكشف الدراسات الطبية بأن ٩٥% من أمراض الجلد؛ ومنها أمراض الآركيتيريا والحساسية الجلدية المختلفة كالأكزيما هي - أمراض سيكوسوماتية - تهاجم المريض عندما تنخفض روحه المعنوية أو يعاني من القلق والسخط المكثف على العمل أو المتاعب العائلية. وقد كشفت دراسات عديدة عن أثر (العوامل النفسية) في إجراء بحوث على عمال أصيبوا بأمراض جلدية ظهر أنهم كانوا يعملون ببعض المواد الكيميائية، وذلك لأنهم كانوا يعانون قلقاً شديداً بسبب الصراع الناجم عن كراهيتهم

لهذا العمل مع الخوف من ترك العمل. وهكذا كان هذا العَرَضُ الجسدي أحد الظواهر (النفسية - الجسمية) التي أمكن علاجها عن طريق العلاج النفسي والطبي معاً^(٧).

وقد استعد العالم (هاليداي Halliday) أن يكون للعصاب والذهان اللذين سنتحدث عنها بالتفصيل في الفصلين السابع والثامن؛ استعد أن يكون لهما ارتباط بالأمراض السيكوسوماتية لأنها لا تتضمن خللاً وظائفياً - Dysfunction - وركز (هاليداي Halliday) على الجذور النفسية في الأمراض الجسمية بقوله: إن الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية ذات طبيعة لا يمكن تقديرها دون النظر لأشكال المشكلات الانفعالية، أي الأحداث النفسية: Psychological Events التي لا يمكن الاستغناء عن دراستها إلى جانب الاضطرابات الجسمية». ويضيف د. غالي بأنها أعراض تصيب الأعضاء أو (أعضاء الأجهزة) التي تستثار عصبياً بواسطة الجهاز العصبي اللاإرادي.

علاقة القلق والضغط والضيق بظهور الأمراض السيكوسوماتية:

في كل موقف من حياتنا مظهر من مظاهر الضيق Stress يكون ناتجاً عن ضغط Pressure ويولد قلقاً Anxiety؛ والقلق بدوره يسير بواسطة الأعصاب فيتحرك الجهاز العصبي المركزي بمطرقته الكبيرة Autonomic اللاإرادية ويضرب المعدة أو القلب أو الرئتين أو غيرها من أجهزتنا الحساسة التي تنعكس بردود أفعال أوتوماتيكية مؤلة ومبرحة.

ولقد تعلمنا في المختبر الكثير من التجارب على الحيوان التي استمد منها علم النفس التجريبي في ميادين التعلم وغيرها. وفي مجال معرفتنا

ليكانيزم القلق والضيق والضغط ونتائجها المذهلة؛ أقام العالم (برادي Brady 1958) تجربة على - قردين - فوضعها في جهاز وجلس كل قرد بجوار الآخر. وكان يعرضها لصدمة كهربائية كل (٢٠) ثانية. وكان أمام أحد القردة رافعة إذا حركها في الوقت المناسب بالضغط أنقذ كلا الحيوانين من الصدمة الكهربائية، وإذا حركها قبل أو بعد الموعد المحدد أو إذا لم يحركها على الإطلاق تعرض هو وزميله إلى الصدمة الكهربائية. وكان أمامه (٢٠) ثانية فاصلاً بين كل صدمة، وكان مفروضاً أن يحرك الرافعة في هذه الاستراحة.

ماذا كانت نتيجة هذه التجربة بالنسبة لكل من القردين؟

لقد تبين أن القرد الذي يجلس مستريحاً Comfortable، ولم يكن عليه أن يحرك شيئاً ولم يكن مسؤولاً عن الحماية من الصدمة، تبين أن التجربة لم تؤثر عليه إلا قليلاً جداً، لأنه كان متحرراً من الضغط Pressure، والمسؤولية Responsibility والضيق Stress. أما القرد المكلف والمسؤول عن رفع الرافعة فعلى العكس من ذلك أصيب (بقرحة حادة في المعدة): Severe Stomach Ulcer؛ نتيجة للضغط Stress بعد (٣) أسابيع من إجراء التجربة. واستنتج (برادي) وجود علاقة بين المخاوف النفسية والمرض العضوي؛ فالشعور بالقلق المستمر المتواصل يؤدي إلى الأمراض السيكوسوماتية والضغط التي يتعرض إليها الناس في حياتهم اليومية والمخاوف وحالات الإحباط والفشل والقلق تؤدي تلقائياً إلى مرض سيكوسوماتي. فمدير الشركة تحت ضغط والعسكري في الجيش تحت ضغط والطالب في المدرسة أو الجامعة تحت ضغط والكل يسير نحو المرض منها حاول تأخير الوقت.

وفي اعتقادنا أن انفعالات القلق، والخاوف والضغط، تؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية طويلة، وتؤدي بدورها إلى تحطيم أعضاء الجسم بمهاجمة (واحد) تلو الآخر، وإلى ظهور الأعراض السيكوسوماتية. وإن الخبرات الانفعالية الطويلة ينتج عنها أعراض فيزيولوجية وتدمير حقيقي لأعضاء الجسم.

ولا بد من استعراض (أمثلة إكلينيكية) للتدليل على هذا الحكم:

أ- لقد دلت بحوث تحليلية دقيقة^(٨)، على فريق كبير كعينة من المصابين (بضغط الدم الجوهري) - غير العضوي - الذي يسمى بالضغط الخبيث على أنهم يعانون من أزمت نفسية عنيفة: Psychological Crisis قوامها العداوة والبغضاء؛ Hatred + aggression، وأنها مزمنة لديهم وإن بدوا هادئين في الظاهر، وأنها عداوة لا يعبرون عنها ولا يتسارلون عنها، فلم تجد مخرجاً أو منصراً (Outlet) في مرض نفسي، أو رجاخة خمر، أو غيرها من (الحيل الدفاعية). وقد لوحظت حالات اختفى فيها الضغط بظهور أعراض عصابية: Neurotic Symptoms كما وجد أن هذا العدوان ليس مكبوتاً لديهم كبتاً عميقاً بل كان قريباً من حدود الشعور قبل أن ينقلب إلى عدوان فعلي: Actual Aggression.

وقد اتضح أن هؤلاء المرضى تحسن حالاتهم حين يتاح لهم التعبير عن دوافعهم العدوانية أثناء جلسات العلاج النفسي، أو حين يتعلمون طرقاً أفضل: Better Ways للتحكم في هذه الدوافع وحسن التعامل مع الواقع والناس والبيئة.

ب- أرسل جراح: Surgeon شهير فتاة مصابة بتضخم في الغدة الدرقية، أرسلها إلى طبيب نفسي Psychiatrist ليخفف عنها بعض

مخاوفها حتى يتسنى له إجراء عملية جراحية لها، فقد كان نبضها من السرعة بما لا يسمح بإجراء العملية. افقام الطبيب النفسي بتحليل المريضة تحليلاً نفسانياً وعلاجياً، وبعد ثلاثة أشهر أعادها الطبيب النفساني إلى الجراح متحررة من كل مخاوفها وقد شفيت كذلك من تضخم الغدة الدرقية فلم تعد بها حاجة إلى إجراء العملية.

وقد عرض الطبيب الجراح الشهير (ماكسويل مالتز Maxwell) (1976 - Maltz في كتابه الشهير: The Magic Power of self-Image Psychology الذي طبع منه في نيويورك ٤٠٠٠,٠٠٠ نسخة وتجددت طبعته (١٠) مرات متواصلة، وفيه عشرات الحالات التي توقف فيها في عيادته عن استعمال الجراحة واستطاع علاجها وشفاءها بالعلاج النفسي^(٩).

ج - دلت الإحصائيات البريطانية الحربية أن قرحة المعدة والأمعاء سببت للجيش البريطانية خسائر فادحة خلال الحرب العالمية الثانية. وجاء في التقرير عن أصيبوا بها أنهم شخصيات عصائية ظاهرة تعرضوا لتوترات نفسية متواصلة من جراء توقع العدوان عليهم دون أن تكون لديهم فرص المقاومة والقتال.

د - قامت دراسة بين مستشفى في (شرق) مدينة سان فرانسيسكو عولج بها ٢٠٠ مصاب بقرحة المعدة (علاجاً نفسياً)، وعولج الفريق الثاني ٢٠٠ مصاب بالقرحة في مستشفى ثانٍ في (غرب) سان فرانسيسكو بواسطة (العلاج الجسمي) عن طريق الأدوية الطبية، واتباع نظام خاص في الطعام. وفي نهاية الأسبوع الثالث تم شفاء أفراد الفريق الأول كلهم ما عدا واحداً، ودام شفاؤهم مدة طويلة بعد انتهاء العلاج. أما أفراد الفريق الثاني فقد

شفوا جميعاً من القرحة غير أنها عاودتهم (مرة أخرى) باستثناء شخصين اثنين بعد أسبوعين فقط من انتهاء العلاج والعودة إلى نظام الطعام العادي وتعتبر هذه الدراسة التجريبية دلالة قاطعة على أثر (العلاج النفسي) لا في الشفاء فقط بل في (الوقاية) ومنع عودة الأعراض من جديد .

ويجب أن لا يفوتنا القول بأننا حين نذكر أن قرحة المعدة أو ضغط الدم الجوهري - نفسياً المنشأ - فهذا لا يعني أن تأكل جدران المعدة أو انقباض الأوعية الدموية يحدثه دوماً مؤثر غير جسدي . فقد ذكرنا من قبل أن كل نشاط نفسي هو في الوقت نفسه نشاط جسدي ، والعكس بالعكس . فالظواهر والعوامل النفسية هي في الوقت نفسه ظواهر وعمليات جسمية . وهي لا تختلف عن العمليات الجسمية إلا في أنها تدرك إدراكاً مباشراً على صور أفكار أو انفعالات أو رغبات أو تخيلات .

ولقد زدنا تاريخ الأمراض السيكوسوماتية كما هي الحال في الأمراض النفسية؛ بأن الأعراض الحشوية قد تظهر منذ مرحلة الطفولة المبكرة Early Childhood على صورة - إسهال أو قيء أو إمساك أو اضطرابات معوية - وتزداد في مرحلة المراهقة ويندر أن تظهر للمرة الأولى في عهد الكبر .

استقلال الطب السيكوسوماتي وصدارته وبروزه:

لقد أدى انتشار (الأمراض السيكوسوماتية) في العصر النووي المعقد الذي نعيش فيه إلى زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية في التشخيص وفي العلاج في نشوء هذه الأمراض دون أن نعض النظر عن أثر العوامل الجسمية، وهذا الاتجاه الجديد في الطب أطلق عليه: الطب

السيكوسوماتي: Psychosomatic Medicine ، وهو اتجاه يهتم بالتعاطب الشخصية والعائلية والمهنية والمالية والظروف الاجتماعية للمريض ويعيرها ما تستدعيه من الاهتمام . فهو يهتم بالمريض The ill كما يهتم بالمرض: The illness ، وينظر إلى الأزمات النفسية والعوامل الانفعالية على أنها عوامل حقيقية فعالة في إحداث الاضطرابات الجسمية كالميكروبات والسموم على حد سواء . وباختصار؛ الطب السيكوسوماتي ينظر إلى الإنسان على أنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة متضامنة إذا أصيب فيه عضو واحد تأثرت له سائر الأعضاء .

وقد بدأ علماء الطب يلاحظون أن كتبهم وأدواتهم التي تركز على (المرض) فقط تكاد تخلو من أثر العوامل النفسية والاجتماعية في إحداث الأمراض الجسمية وحتى إذا جاء ذكرها عرضاً في وصف المرض وتعليقه فإنه لم يكن فيها ما يشير إلى العلاج النفسي .

وقد بدأ أطباء معاصرون مدربون نفسانياً بإعادة النظر في الأسلوب الطبي المادي الذي لا يهتم بالمريض كإنسان يعيش في بيئة مريضة، ولديه من العواطف والمشاعر ما يجعل ديناميات سلوكه تستلزم للمرض استلاماً . بدأوا يخففون من النظرة التشريحية والبيولوجية السحرة للمرض نفسه بمعزل عن المريض وبيئته وبدأ يظهر اتجاه حديث في الطب المعاصر يدعى (الاتجاه الكلي): The Whole man Approach وغايته النظرة الشاملة للإنسان المريض من خلال بيئته ومرصه . وقد يساعد هذا الاتجاه (الجسماني) للتخلص من (الازدواجية) التي غالباً ما يسقط ضحية لها . فهو في محاضراته وبحوثه يؤكد أولوية وسيطرة العوامل الفيريولوجية في المرض: Dominant medical causation : ويعرض عن الإشارة للجذور والدوافع

السيكولوجية له؛ وهو - عملياً - في العيادات والمستشفيات لا يتردد في نصح المرضى المصابين بالتهاب أو حمى، أو قرحة، أو ضغط جوهري، بأن يتجنبوا الانفعال الشديد، والإجهاد الذهني، وبأن يأخذوا الحياة هوناً وكلها أسس نفسية علمية للشفاء، وفيما يلي سنتناول الأمراض السيكوسوماتية طبقاً للأجهزة الحشوية الداخلية.

١ - أمراض الجهاز الهضمي: Gastrointestinal Disorders

وتشتمل على:

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| Stomach or Peptic Ulcer | أ - قرحة المعدة: |
| Ulcerative Colitis | ب - قرحة القولون: |
| Excessive Obesity | ج - السمنة المفرطة: |

أ - قرحة المعدة: Stomach or Peptic Ulcer

هي عبارة عن التهاب أو خلل في أحد المجاري في حدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة، وتتكون نتيجة لزيادة نشاط المعدة وزيادة الإفرازات بها: Oversecretion في الظروف العادية فإن المعدة لا تعمل إلا عندما يكون هناك وجبة تناولها الإنسان، وعلى المعدة أن تعمل على هضمها Digestion وما إن تنتهي المعدة من عملها هذا، حتى تبعث بما فيها من محتويات إلى الأمعاء، ثم تخلد إلى الراحة.

ولكن في بعض الظروف الانفعالية تظل إفرازات الأحماض تنصب في المعدة. هذه الأحماض تؤدي في النهاية إلى حدوث (فجوات ملتهبة)؛ في

جدران المعدة كنتيجة للضغط والآلام النفسية؛ ومثل هذه الالتهابات قد تصبح خطيرة وتقود إلى درجة حدوث (نزيف داخلي في المعدة): Internal Bleeding ويحتاج لكشفه إلى أشعة وتمتص الظروف السيكولوجية- الانفعالية المسؤولة الأولى عن هذه الالتهابات. كما أن فوضى التغذية والإكثار من الطعام وهما مؤشران سيكولوجيان لحالات انفعالية تعرضان على المعدة (عملاً مضاعفاً) ومرهقاً عن الأحوال الاعتيادية من شأنه مضاعفة إفرازات الأحماض التي تؤدي إلى القرحة المعدية.

ويؤكد العالم (وولف S. Wolf)^(١٠) بأن الإفرازات الزائدة هي حالة ضغط مزمن ناجم عن (توتر انفعالي) مستمر يؤدي إلى تآكل وتخريب جدران المعدة وخلاياها وخلل في التفاعلات الكيميائية. وقد كشفت دراسات تجريبية ارتباط القرحة بالأحداث التالية:

- (١) الأحداث التي يواجه بها الفرد الفشل والإحباط.
- (٢) وجود صراع أو خلاف مع الأم أو مع من يرمز إليها كسلطة.
- (٣) في حالات الحمل لزوجة (المريض) أو وضعها لطفل.
- (٤) الشعور العنيف بالدنب على وجود علاقة جنسية غير شرعية.
- (٥) العمل تحت ظروف التوتر والضغط وقمع الرغبات.
- (٦) المشاحنات العائلية والاعتماد على الآخرين وعدم الاعتماد على النفس.

ويلاحظ أن الرجال أكثر عرضة من النساء لمرض قرحة المعدة ويؤكد الكسندر Alexander أن القرحة توجد عند من يتصمون بالعدوان أو

التنافس ولديهم رغبة داخلية بمساعدة الآخرين ويبحثون عن يرعاهم
ومحبهم ويتم ٣٣.

ويشير العالمان (تيموثي وفابيان روك) في كتابها: Abnormal Psychology بأن فرحة المعدة ترتبط باضطرابات معوية وبشكل محدد اضطراب في عملية الإخراج والالتهاب المزمن بالمعدة (المعدة العصبية): Neurotic stomach وقلة الشهية (الفقدان العصبي للشهية) Appetite Disorder فهي كلها اضطرابات معدية- معوية- سيكوسوماتية. ولتحديدها يقسمها العالمان المذكوران إلى ثلاثة أقسام:

(١) اضطرابات الإخراج.

(٢) التهابات المعدة المزمن.

(٣) فقدان الشهية العصبي.

أما اضطرابات الإخراج: فتتمثل في الإسهال المزمن (التهاب الغشاء المخاطي) والإمساك والتبول اللاإرادي وكلها لها دلالات سيكولوجية هامة. وترتبط نظريات التحليل النفسي بين هذه الاضطرابات وبين الخبرات المبكرة في التدريب على- عملية الإخراج- التي يصاحبها منذ الطفولة ضغوط انفعالية نتيجة الشعور بالاستياء والقلق والشعور بالخطأ والذنب.

الالتهابات المزمنة للمعدة: وتشمل عدة أعراض كالحرقان، وعسر الهضم وكركة المعدة والتجشؤ وهي- في العادة- اضطرابات سيكوسوماتية عندما تكون مرتبطة بضغط انفعالي.

فقدان الشهية العصبي: في هذا الاضطراب يفقد الفرد الشهية ويرهد

بالطعام نتيجة لاضطراب أو صدمة انفعالية. وتعود العلاقة بين (الأكل والانفعال) شراهة أو فقداناً للشهية إلى تاريخ الفرد السابق ومن العوامل السيكولوجية التي وجدت، ونجدها في الحالات المختلفة لهذا الاضطراب (مقاومة الفرد لمطالب وضغط الوالدين، الشعور بالذنب Guilt Feeling، وعقاب ولوم الذات Self Blame + Self punishment وتشير التقارير الإكلينيكية أن فقدان الشهية قد يحدث نتيجة سوء فهم طفلي لعملية الحمل، مع خوف لاحق من هذه العملية التي يتصور الفرد أنها ترجع إلى الأخذ عن طريق الفم.

إن نظرة سريعة على عشرات الكتب التحليلية النفسية التي توضح العلاقة بين قرحة المعدة والحالات النفسية تقنعنا وجهاً لوجه أمام ثلاثة حقائق:

(١) يعتبر (فرويد) أول من أشار لأهمية مشاعر اللذة الطفلية لمسطقي الفم والإست، وأن القناة الهضمية تصل الطفل بالعالم الخارجي بالمص أو العض عند الرضاعة ثم الإخراج الذي يعطيه بعض الراحة، كما تعطيه الرضاعة اللذة.

(٢) عند اضطراب علاقة الطفل بالأم أو من يحل مكانها، يعبر الطفل - ذكراً كان أم أنثى - عن اضطرابه بواسطة هذه القناة إما بالإسهال أو الإمساك أو القيء، ويعبر عن العداء بالعض، وتعتبر (القرحة المعدية) عدواناً موجهاً لداخل الفرد : Internal Aggression أي هي (عض يعبر به الكبير) عن العدوان وقلق العدوان المكبوت.

(٣) يرى علماء التحليل النفسي أن أكثر الأجهزة حساسة في مواقف القلق المختلفة هو (القناة الهضمية). فالإسهال في نظر المحللين دليل

الكرم والعطاء ، والإمساك دليل البخل أما - قرحة المعدة - فهي تعبير عن (العدوان على الذات) في حالات الفشل في التعبير الصريح عن القلق من عدوان أو خوف مكبوت.

وقد اكتشف كل من (وولف، وولف S. Wolf + H. G, Wolf)^(١٣) مزيداً من الحقائق التي تثبت العلاقة بين الاضطراب الانفعالي والمعدة؛ باستعمال (أنسوبة) الهضم، ووجدوا أنه كلما تعرض الفرد لحالة من القلق أو الغضب أو الضيق والكراهية، كانت حركات المعدة وإفرازاتها (تزيد): Oversecretion ، وأن الغشاء المبطن كان يصبح متضخماً بالدم . أما عندما كان الفرد يتعرض للحزن أو الخوف فإن حالة الحركة الهضمية والإفرازات والإخراج والامتصاص كانت (تهبط وتقل): Reduction وقد وجدوا بأن المرضى الذين يعانون استشارة زائدة: Extra irritation في الجهاز السمبثاوي (الدفاعي)، كانوا يتعرضون عقب هذه الاستشارة لفترة تعويضية من النشاط الزائد للجهاز العصبي البارسمبثاوي (التعديلي) ويترتب على ذلك زيادة واضحة في إفرازات العصارات الهضمية.

هذا وإن من الحقائق الفيزيولوجية الثابتة هو أن المعدة في حالات الانفعال الشديد: Severe tension وعند مرضى القرحة لا تتوقف بعد مرور الطعام إلى الأثنى عشر بل تستمر في إفرازاتها وحركاتها كأنما هناك طعام آخر بالطريق؛ وهذا يعرض جدران المعدة للأحماض فترة أطول وبالتالي للتآكل الذي ينجم عنه النزيف Bleeding المرتبط بقرحة المعدة. وقد كشف الكثير من التقارير العيادية بأن معظم المصابين بالقرحة يعانون ميلاً لا شعورياً للتواكل والاعتماد على الآخرين مهما بدا في سلوكهم الظاهري من رغبة في الاستقلال. فهم يشعرون بالتصاق

بشخص - ما - والتعلق به وغالباً ما يكون - الأم - أو من ينوب عنها، لأنها رمز يعطيهم الحب والحنان - دون مقابل - وتحمل عنهم المسؤوليات واتخاذ القرارات. ويضطربهم (الواقع) لكست نزعات التواكل اللاشعورية ويتمرضون لمواقف الإحباط والضغط والقلق لمجرد التراجع إلى إلحاحات المطالب الطفلية والإلحاح في الحب Early Childhood demands. وتتخذ حالات القلق هذه لنفسها مخرجاً بسلوك المرضى (للشهية الزائدة) كتعويض طفولي، فيزيدون المرض حدة ووضوحاً باستمرار الاهتمام بالطعام والتهامه حيث تظل الأجهزة والمصائر الهضمية دائمة الفعالية: Demanding + Very active، وحينما تصبح هذه النزعة مزمنة تصبح القرحة عرضاً يختلط أمره بين أطباء النفس والجسم.

ويتسم الفرد بشعور العيرة الشديدة: Severe Jealousy والسعي بشراهة نحو اهتمام الآخرين به: Acute attention Seeking.

إن الفرد الذي يعاني مشكلة (التواكل المكبوت): Suppressed Dependency أو مشكلة (زيادة البسین) في الدم نتيجة إحباط هذه النزعة يعتبر فرداً لديه استعداد كامل للإصابة بالقرحة، ولكن لا بد أن تتوفر الضغوط الاجتماعية والنفسية Psycho-social Pressures المؤدية للتوتر القلق والخوف، والكراهية المكبوتة: Suppressed hatred وما يترتب على كبته من قلق، وهكذا فإن عوامل تطور المرض تعتبر سيكولوجية - بيولوجية - نفسانية: Psychobiosocial.

هذا وقد أثبتت دراسات (متلمان وولف) التجريبية بأن حالات القلق بسبب (كبت الكراهية والغيرة): Suppressed jealousy + hatred تزيد حركة المعدة وإفرازها بصورة شديدة تعرض جدران المعدة للتقرح. ورغم

فشل العلاج الطبي في علاج القرحة فقد فشل العلاج الجراحي Surgery أيضاً لأنها مؤقتان وسرعان ما تعود القرحة من جديد، وعاد (العلاج النفسي) ليتناولها ويضمن شفاءها.

ب- قرحة القولون: Ulcerative Colitis

لو نظرنا من خلال ميكروسكوب شعاعي للأجزاء السفلى من القناة الهضمية داخل جسم طالب عند تسلمه أسئلة الامتحان أو مسافر في رحلة طويلة مرهقة فإننا سنرى هذه الأحراء تتحرك حركة غير عادية تعكس الخوف والتوتر: Unusual Movement وهذا برهان على أن القولون كالجهاز العلوي للأمعاء الدقيقة يعتبر من أكثر أجزاء الجسم استجابة لأنواع (التوتر الانفعالي).

وقد أوضح العلماء بأن نزول الإفرازات المخاطية بالبراز واستمرار حالات الإمساك، كلها دلائل على تعرض القولون لحالة من الاضطراب السيكوسوماتي. فالقولون والمعدة والأمعاء الدقيقة عرضة للقرحة، وعرضة أيضاً للزيف أو الثقب: Perforation الذي يمكن أن تتعرض إليه المعدة أيضاً.

ويتجه التحليل الفرويدي لقرحة القولون بالعودة لمراحل نمو الطفل الأولى. فهذا التحليل يعتبر حالات قرحة القولون هي من بقايا المرحلة الشرجية السادية. فالطفل في مرحلة التدريب على الإخراج يقاتل سيطرة والديه بالإسهال والإمساك تعبيراً عن ثورته ضد أسلوب أبويه في عملية تطبيعهم الاجتماعي. هذه النزعات تنتهي شعورياً ولكنها تعيش معه في الداخل مكونة منه إنساناً ذو شخصية سادية استية تتسم باليأس والتشاؤم

والعداء الخفي: Hidden Aggression وتأتي الضغوط فتثير من داخله الصراعات ويعود بالنكوص إلى المرحلة الإستية حين يتعرض هذا الجزء من جسمه في حالات القلق للتوتر العضلي - النيورولوجي وينتج عن ذلك قرحة القولون.

ج - السمنة المفرطة: Excessive obesity

تعتبر (السمنة) مرض العصر الحديث الذي شغل أذهان الأطباء والنفسانيين وليس غريباً في عصرنا بعد أن تفاقم خطر هذا المرض وثبت علمياً أنه يؤدي لانسداد مفاجيء للشرايين وتصلبها؛ وهذا التصلب الشرياني يؤدي للسكتة القلبية: Heart attack الذي أصبح من أكبر معضلات القرن الحالي وأعلى مسببات الموت المفاجيء؛ لا غرابة إذن أن تتسابق في أمريكا ما يزيد على (٦٠٠) شركة من شركات التأمين على الحياة؛ لتوجيه أنظار الناس في نشراتها بنصح الناس بضرورة (تخفيف الوزن). ويشيع تخفيف الوزن (الرجيم) بين النساء أكثر من شيوعه بين الرجال؛ ليلهن الطبيعي للاحتفاظ برشاقة أجسامهن واستبعاد منظر الجسم المنتفخ القبيح المترهل؛ ويصل عدد النوادي التي تهتم في كمال الأجسام ورشاقتها في مدينة واحدة كنيويورك في عام ١٩٧٨ إلى (٤٥٠) نادياً يؤدي بها ما يزيد على ٨٠٠,٠٠٠ إنسان التمارين اليومية لمقاومة (السمنة) في أجسامهم.

يؤكد الدكتور (مايكل هالبرستام Michel Halberstam) أستاذ علم الأعصاب في جامعة ليفربول في إنكلترا بأن الانفعالات والعوامل النفسية Psychological factors تلعب دوراً بارزاً في تكوين معظم أمراض الجسم

بما في ذلك ضغط الدم، وأمراض العيون ودرجة الحرارة، وقرحة المعدة، وأمراض القلب وأيضاً مرض السمة.

فالإنسان يصارع القلق بالطعام: ويضيف (د. هالبرستام) قائلاً قد نعجز في عياداتنا كأطباء في اكتشاف أي - سبب عضوي - لحالة السمة التي يصاب بها المريض؛ وفي هذه الحالة لا بد لنا من الاعتراف بأن (القلق النفسي) يكمن وراء هذا المرض. وإن الأبحاث التجريبية أثبتت أن (٦٢٪ - ٦٥٪) من حالات السمة ترجع إلى سبب نفسي بحت *Pure Psychological Cause*؛ ولعلنا نذكر دوماً بأن علم الجراحة والأعصاب وفيزيولوجيا الدماغ قد علمونا بأن (مركز الانفعال ومركز الشبع) يوجدان في الدماغ في (مكان واحد) هو « الهيبوثلاموس » ولذلك كان الانفعال الزائد والقلق: *Anxiety and tense tension* لا سيما المزمن عاملاً مؤثراً ومعتلاً لمركز الشبع بحيث يجعل الفرد تحت الضغط النفسي يفقد القدرة على إدراك حالة الشبع، وبالتالي لا يشعر الفرد عصبياً وفيزيولوجياً بحالة الشبع مما تناول من كميات من الطعام، وبذلك يتناول أكثر مما يحتاجه من الطعام دون أن يشعر ودون أن يدري، ويكتشف فيما بعد ولا سيما السيدات أن وزنهن قد ازداد إلى الحد الذي يؤدي بهن إلى سمة حقيقية؛ ومنظر قبيح يستدعي من الناس السخرية والابتعاد عنهن، ويؤثر على مظهرهن الخارجي وجاهلهم ونظرتهم إلى أنفسهن تأثيراً سيئاً.

ولا بد من مزيد لتعليل الميكانيزم المرافق لهذا المرض. وقد أشار الطبيب (يوجين شاركوفسكي E. Sharkovski) أستاذ الطب النفسي في جامعة صوفيا؛ بأنه في حالات القلق والانفعال النفسي تضطرب معظم الوظائف التي تتمركز في (الهيبوثلاموس) كالنوم، والجنس، والجوع،

والشبع، والشعور باللذة، والشعور بالألم؛ وطبيعي أن يصاحب مرض السمنة حين يشتد؛ (الأرق) واضطراب نظام النوم عند المريض، أو زيادة النوم عن حدوده؛ وكذلك في الناحية الجنسية، شقّ وجوح ومغالة؛ أو ضعف وإحجام وبرود جنسي عريب.

ويرى علماء التحليل النفسي أمثال (فرويد وإدغر ويونغ وسوليفان)، وغيرهم بأن ثمة (دوافع لا شعورية) تدفع الإنسان دفعا لتناول كميات ضخمة من الطعام في حالات القلق والاكتئاب: Anxiety and depression ولكن الحالة قد تقلب إلى العكس فيحصل لدى الفرد (فقدان شهية الطعام) وهذا مؤثر آخر على الاضطراب الميزو إنفعالي للفرد.

وترى (آنا فرويد) بأن العلاقة بين ازدياد الشهية للطعام في حالة الإصابة بالمرض النفسي والسمنة إنما تعود إلى عوامل مرتبطة بشخصية هؤلاء الأفراد وظروفهم - العائلية - وأسلوب تنشئتهم وتربيتهم، كما ترجع إلى نوعية الحالة النفسية ومسبباتها. فالإنسان يمر في مراحل نموه النفسي Stages of development بمرحلة تسمى « المرحلة العمية » وهي تبدأ من لحظة ولادته إلى سن السنتين، وفي هذه المرحلة يدرك الطفل عالاه الخارجي من (خلال فمه)، الذي هو مصدر اللذة: Pleasure Center والحياة بالنسبة له؛ فالإرضاء الفمي هو رمز الحب والحنان والاهتمام الموجه إليه.

وطبيعي أن يؤدي الاهتمام الزائد: Extreme-Care أو الحرمان والإهمال الزائد: Extreme neglect؛ كلاهما يؤديان إلى - نتائج خطيرة - في هذه المرحلة، حيث يقال إنه قد حدثت عملية تثبيت عند المرحلة الفمية: Fixation فالرعاية الزائدة، والاهتمام الكبير، والتركيز على إرضاء الطفل بأي وسيلة من خلال الفم تخلق فيه الاعتمادية: Dependency

والأنانية: Selfishness، وارتباط الحب والاهتمام لديه باللذة الفمية، ويصبح الطعام لديه هو بديل الحب: The only alternative؛ أما الحرمان والإهمال الزائد فيشعر الطفل بالقلق والخوف من العالم الخارجي الذي يحرمه من اللذة ويخلق فيه عدم الثقة والاكتئاب Depression and lack of confidence ويسمى دائماً إلى «الإرضاء الفمي» ليعوضه عن الحب المفقود في مرحلة الطفولة.

من هنا نستنتج بأن الاهتمام الزائد، والإهمال الزائد يؤديان إلى نفس النتيجة في التثبيت: Fixation عند المرحلة الفمية، وعندما يكبر الطفل يتعرض لحالة نكوص: Regression إلى المرحلة الفمية يصاحبها قلق وصراعات واكتئاب ولكي يواجه هذا القلق والصراعات والاكتئاب يلجأ إلى الطعام فيقبل عليه بنهم، ذلك أن القلق والاكتئاب يضعانه في حالة خوف وإحساس بعدم الأمان والحرمان واقتقاد الحب، ولذا فإن التعويض يتم عن طريق الفم لأن ذلك (حلٌ لهذا الصراع) الذي يعيشه، وهو حالة - إرضاء مؤقت - لمطالبه العاطفية وتخفيف للقلق والخوف الناتج عن مشاعر الحرمان القديم، أو مشاعر الاتكالية والاعتمادية والتي ارتبط بها الحب بالطعام أي بالفم.

ويميل العلماء (ماكينزي وماستر وجونسون) وغيرهم لربط (السمنة) بالهيجان والبرود الجنسي والمواطف. فالحرمان العاطفي يبحث دوماً عن بديل تعويضي. والتفسير النفسي للاكتئاب هو اقتقاد موضوع الحب سواء كان عاطفة أمومة، أو عاطفة أبوة أو عاطفة رواج. ولهذا فإن الإنسان يشعر بالعداء لهذا الموضوع حين لا يجد منه إشباعاً، ويتوجه عداؤه للعالم الخارجي. ولكن هذه العدوانية الصادرة منه تصيبه بالخوف والفرع لأنها

عدوانية مدمرة، ولهذا، فإن الإنسان يوجه هذه العدوانية تجاه ذاته Towards Him /herself فيسرف في الطعام حتى يصاب بالسمنة رغم خطرهما لأنه يرى أن الإفراط في الطعام والسمنة هما عدوان موجهان ناحية الذات وهذا العقاب للنفس يمنح الفرد بعض الراحة على حساب نفسه: Self-Punishment ويربط (الدكتور عادل صادق) أستاذ الطب النفسي والأعصاب في كلية الطب بجامعة الكويت بين السمنة والاكتئاب فيقول: إنه لا شك في أن معظم الآراء النفسية تعتبر الاكتئاب دافعاً رئيسياً نحو الطعام والإسراف فيه؛ فالبدن الذي يدفن همومه وأحزانه (في الطعام) هو عرضة دائمة للتوترات النفسية. ولا بد لاستخدام مختلف وسائل العلاج النفسي معه وبجانبها مضادات الاكتئاب أما (الرجيم) فغالباً ما يؤدي إلى فشل دائم. ويضيف د. صادق بقوله:

« إن من الضروري أن نضع مرض السمنة في إطاره الفيزيونيورولوجي الذي يرى بأن حالة الاكتئاب أو القلق مصدرها هو اضطراب (سيكو- فيزيو- نيورولوجي) في - منطقة الهيبوثلاموس - في الدماغ، وهي تؤثر نفسها على مركز الشبع في الهيبوثلاموس فتخدره وتوقف عمله الشعوري بالشبع وهذا يقود الفرد تحت ضغط القلق للإفراط الشديد في تناول الطعام ».

وعلى المستوى النفسي المدرك؛ يصبح الطعام التعويض والبدل والسلوى الوحيدة؛ ومصدر الإرضاء الوحيد للإنسان ولهذا يقبل على الطعام بنهم. وفي كل الأسباب، سواء على المستوى الشعوري، أو اللاشعوري، أو الفيزيولوجي فإن الإنسان يشعر بعدم الأمان: Insecurity، بافتقاد الحب والشعور بدفته؛ وهذا يدفعه لا شعورياً وتلقائياً وميكانيكياً إلى الأكل وبالتالي إلى السمنة.

وقد حاول بعض علماء الشخصية المعاصرين وعلى رأسهم (جوردن آلبرت و ابراهام ماسلو) ربط السمنة بالشخصية فوجدوا أن الشخص البدن يتمتع بشخصية تعرف باسم (الشخصية المزاجية الدورية) وهي شخصية منفتحة على العالم، اجتماعية، تحب الناس، مرحة، ولكنها لا تطبق الحياة بمفردها، وتنجح في المجالات الاجتماعية ولكنها في الوقت ذاته تصاب بنوبة كآبة وحالة هبوط عام في الروح المعنوية، وميل شديد إلى العزلة والانطواء، ثم تعود ثانية للفرح والانطلاق فهي باختصار متقلبة مزاجية: Tempermental. ويوجز العلماء أسباب السمنة عموماً في (أربعة مصادر هي:

مصادر السمنة:

- (١) القلق النفسي والتوتر والحرمان العاطفي والضغط والكآبة.
- (٢) احتمال خلل فيزيو- نيورولوجي في الدماغ تحت تأثير الضغط.
- (٣) قلة الحركة والرياضة والمشي والتدريب؛ والاعتدال الزائد على الوسائل الحديثة التي تجمد حركة الجسم والعضلات.
- (٤) وفرة الأكل الدسم وفوضى التغذية والإسفاف بها دون معايير دقيقة.

وقد استبعد العلماء وجود أي سبب وراثي. ولكنهم أشاروا لارتباط السمنة (بالأم القلقة العصبية) التي تشعر أنها لم تؤد واجبها بالنسبة لطفلها لأنها لم تعطه كفايته من الطعام فتسارع لتغذيته دون نظام وبعد ذلك يتعلم الطفل (عادة الفوضى) ويسرع في طلب الطعام كلما استجد موقف فيه ضغوط وقلق؛ وقد تعتبر الأم بذلك عن حرمانها العاطفي من أبوها أو

زوجها فتحاول التعويض تعبر حبها لطفلها عن طريق إفساد نظام غذائه أو تغطية قصورها في إعطاء طفلها ما يستلزمه من عناية منظمة في الوقت المناسب.

ويعتبر مرض الشهية الزائدة «Bulimia» عرضاً لفعل قهري أكثر من كونه مجرد متعة للطعام. فالفرد يتناول جرعات الطعام كجرعات الخمر وهو في حالة شبه غيبوبة أو تبلد عقلي، وعند معظم هؤلاء الأفراد يرتبط الإفراط في الطعام بالصراعات الجنسية: Sexual conflicts، ففي أوقات الإحباط الجنسي: Sexual Frustration يرى الفرد (حلاً) في الرجوع النكوصي إلى المرحلة الفمية؛ ويستشف اللذة المفقودة من الطعام. وعلى العكس حالة (فقدان الشهية المستري Amorexia Nervosa)؛ وهنا يكون الإعراض عن الطعام مرتبطاً بالقلق الناجم عن الصراعات الجنسية، وتتواتر هذه الاضطرابات كثيراً في مرحلة المراهقات عند الفتيات بشكل خاص. وقد تتبع فقدان الشهية حالة الشهية الزائدة وهذا ما يؤكد الجذور السيكوجنسية وراء هذه الاضطرابات التي تعتبر مجرد أعراض: Symptoms لصراعات عميقة.

٢ - أمراض الأوعية الدموية - الدورية والقلب:

القلب.. هذا العضو الحساس الذي يجسد في صرباته شعور الإنسان العاطفي، يميز علاقاته الاجتماعية، ويدلل على نصارة الجسم وحيويته هو عضلة صغيرة لا إرادية، حركتها عنوان الحياة، وبالتالي فإن سكونها يعني فقداناً لكل شيء، وأي توقف في جريان الدورة الدموية بين القلب والدماغ وكافة أنحاء الجسم يمكن أن يعرض حياة الإنسان وبقائه لخطر محقق.

يوصف القلب عادة بأنه عضو صوبري الشكل مودع في الجهة اليسرى من الصدر وهو أهم أعضاء الحركة الدموية لا بل لب الجسم كله فهو مضخة عضلية أو مضختان تعملان عملين في آن واحد، نظراً لوجود دورتين دمويتين في الجسم (الدورة الصغرى والدورة الكبرى) وتتلخص الأولى في قيام القلب بضخ الدم إلى الرئتين حيث يتزود بالأوكسجين، ويتخلص في الوقت ذاته من ثاني أكسيد الكربون، أما الثانية فيقوم بها القلب بضخ الدم إلى جميع أرجاء الجسم عبر الشرايين والأوعية الشعرية بمعدل خمسة لترات أو أكثر في (الدقيقة الواحدة) وهذه الطريقة تتزود الخلايا بالأوكسجين والمواد الغذائية التي يحملها الدم. وخلال ذلك تتخلص الخلايا من النفايات والفضلات وبالذات ثاني أكسيد الكربون التي يحملها الدم في طريق عودته إلى القلب، لمعاودة الدورة ذاتها مراراً وتكراراً طوال بقاء الإنسان على قيد الحياة.

وقد ذكر العلماء (التركوفيل، د. كوستيلو، تيموثي، فابيان روك) في كتابهم Abnormal Psychology بأن الاستجابات الوعائية القلبية تظهر على شكل أمراض تشمل القلب والأوعية الدموية والتي تلعب فيها العوامل السيكولوجية دوراً هاماً هي:

[عصاب القلب، والتوتر الزائد، والإغواء، والصداع].

أ- عصاب القلب: وهو اصطلاح يعبر عن أعراض مختصة بالقلب ولكنها سيكولوجية الأصل. والأعراض هي ارتعاش وخفقان القلب وقصر في التنفس وتشنج ولفظ وألم. ولا بد من فحص طبي مسبق قبل تشخيص المرض على أنه اضطراب سيكوسوماتي لوجود أعراض مثيلة في أمراض القلب العضوية. وكذلك لا ستطيع تشخيص عصاب القلب قبل أن نتحقق

من وجود توتر وصراع انفعالي. وإن من الخبرات الأساسية التي تساعد على ظهور عصاب القلب هي:

- (١) اهتمام الطبيب الزائد بقلب المريض.
 - (٢) فشل المريض في أن يجتاز فحصاً جسياً.
 - (٣) حدوث مرض في القلب أو (وفاة فجائية) لأحد أصدقاء المريض أو لفرد من عائلته.
 - (٤) ظهور أعراض قلبية بسيطة على المريض بشكل فجائي وغير متوقع وربما (تكون وقتية)؛ كالأعراض التي تحدث نتيجة عوامل ثانوية كاستعمال المخدرات والإدمان على الخمر أو التدخين الشديد والإسراف في القهوة.
- وهذه الأسباب السابقة لا تهين الفرصة لعصاب القلب إلا عند الأشخاص الذين يعانون من (قلق) أساسي والمشغولين دائماً بوظائف أجسامهم. ولا يوجد شكل واحد لتوافق الشخصية في هذا الاضطراب. ولكن (الخوف) الدائم من الموت والكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض من جذب اهتمام البيئة عن طريق المرض يعتبران عاملين لها دلالة هامة في كل الحالات تقريباً.

ب- التوتر الزائد: الغضب هو النار التي تزيد حرارة التوتر في الأعصاب، والتوتر يولد ارتفاعاً فورياً في ضغط الدم Increase of blood Pressure، ويسمى ضغط الدم المرتفع المزمن دون وجود -أساس عضوي- بارتفاع (الضغط الأساسي). ويتسم في مراحله الأولى بوجود فترات وقتية وعرضية من ارتفاع الضغط، فإذا استمرت (المشكلة الانفعالية) للمريض (دون حل) فيستمر الضغط Pressure بمرور الوقت

عند مستوى عالٍ. واستمرار هذا الضغط المرتفع يضع عبثاً ثقيلاً على (الأوعية الدموية) وقد يؤدي إلى بعض الكوارث مثل (نزيف في المخ Brain Bleeding)؛ أو (جهد زائد على القلب Over Pressure on the heart)؛ وكلاهما إشارة خضراء لقدم الموت. وطالما أن ارتفاع الضغط الأساسي يؤدي إلى تغيرات عضوية مدمرة، فيجب أن نعتبره مشكلة سيكولوجية كما هو مشكلة طبية.

وإذا نظرنا إلى الديناميات القائمة وراء الارتفاع الأساسي للضغط فإننا نجد مظهر المريض الخارجي عادياً وودوداً؛ ولكنها تخفي وراءها (عدواناً عنيفاً وقلقاً حاداً) ويزداد قلق المريض بخوفه من نتائج التعبير عن عدوانه وعن صراعه المستمر. ويكشف لنا تاريخ حياة هؤلاء المرضى عن اعتمادهم على أمهات مسيطرات يفرضن حمايتهن وسلطتهن على أطفالهن مع استياء داخلي من هذه العلاقة وتمرد عليها.

ج- الإغناء: يولد (الخوف) الشديد انخفاضاً مفاجئاً في ضغط الدم Immediate Reduction ويجب التمييز بين الإغناء الذي يحدث كاستجابة سيكولوجية هستيرية؛ وبين الإغناء كاضطراب في أوعية القلب الدموية.

د- الصداع: هنالك عوامل سيكولوجية عديدة تؤدي إلى الصداع، وقد تحدث أنواع من الصداع ناجمة عن التوتر Tension نتيجة تغيرات في أوعية القلب تؤدي إلى زيادة في (الضغط الداخلي Internal Pressure للجمجمة)، ونحن ننظر إليها باعتبارها أعراضاً ثانوية (لارتفاع الأساسي) في الضغط ويرتبط الصداع في أغلب الأحيان من وجهة النظر السيكودينامية؛ بالكراهية المكبوتة: Depressed hatred. وأما الصداع المصنفي فله أساسه التكويني والسيكودينامي، وهو دائماً شديد ومصحوب

بالغشيان والقيء وباضطراب الرؤية البصرية؛ وقد لاحظ بعض الباحثين أن هذا النوع من الصداع يرتبط بمحالات المستريا والصرع.

ويؤكد الدكتور عبد الرحمن محمد عيسوي رئيس علم النفس في جامعة الاسكندرية في كتابه: دراسات في السلوك الإنساني^(١٣)، أن ضغط الدم مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعوامل النفسية، فارتفاعه مرتبط بالحنق والغضب وانخفاضه مرتبط بالخوف والحداف .

وقد ثبت أن قلب الإنسان المعافى يبض كل أسبوع (مليون نبضة) في سبيل تأدية الدورتين الدمويتين الحيويتين للحسم فإذا توقفت هذه النبضات دقائق معدودة فقط سبب توقفها تلفاً يستعصي إصلاحه في الخلايا التي تعتمد على الدم في حياتها .

ولقد أشار جراح القلب الدولي كريستيان برنارد : C. Bernard في كتابه : Heart attack is not the final end . وهو أول من قام بزراعة القلب الشري الذي قدر له الاستمرار ستة شهور . أشار بأن (الأنفار كتوس - النوبة القلبية) هي إحدى مشكلات العصر الحاضر المعقد؛ وتعتبر مشكلات الحضارة والحياة الاجتماعية من قلق وخطاف وهياج عصبي واضطراب نفسي في مقدمة الأسباب المؤدية لها، ويؤكد بأن ٥٥% من وفيات العالم في عام ١٩٧٩ هي نتيجة لأمراض القلب الحديثة .

وقد عقد في نهاية العام الماضي ١٩٧٩ مؤتمر ضخم في باريس لأطباء أمراض القلب ضم ما يزيد على (٢٠٠٠) طبيب يمثلون (٩٦) دولة؛ وكان في مقدمة أهداف المؤتمر استقطاب أنظار الرأي العام العالمي حول ما سموه (الآفة الاجتماعية الكبرى) وقصدوا بها أمراض القلب والأوعية الدموية؛ حيث استفحل انتشارها وخاصة في المجتمعات التكنولوجية وقد

توصل جهازة الطب إلى أن هذه الأمراض تعتبر من أشد أمراض العالم فتكاً بالإنسان وقد وصل ضحاياها من ٥٥ - ٦٠ ٪ من وفيات العالم . واستنتجوا بأن كل واحد من بين البشر معرض للسكتة القلبية أو (سداد القلب) حسب الاصطلاح العلمي . ومن أخطر ما أثبتوه بالإحصاء أن كل الفئات الاجتماعية من كل الأعمار باتت معرضة للإصابة (شباباً وكباراً) على حد سواء . وقد تبين أن عدد الضحايا بين سن ٣٥ - ٤٤ قد ازداد بنسبة ٦٠ ٪ في العقد المنصرم مع أن هذه الفئة كانت فيما مضى قلما تصاب بانسداد القلب ، كذلك استفحل حالياً شر هذه الآفة لدى الفئة الاجتماعية الشابة من (٢٠ - ٣٠) سنة علماً أن الإصابات عند هذه الفئة كانت سابقاً قليلة أو نادرة .

وكان من أعلام المؤتمر الدكتور (لوينكر : Lowenker) ، الذي كشف عن الجدور السيكلوجية للضغط وأمراض القلب بقوله :

« إن مدينتنا الصناعية؛ ذات الصخب الدائم والقلق والانشغال بالهموم المعيشية قد خلقت أسوأ الظروف والأسباب التي يمكن لإصابات سداد القلب أن تنتشر وتنمو فيه . وإذا بقيت معيشتنا على حالتها الراهنة فإن كل واحد منا في المستقبل القريب سيكون معرضاً لمرض السكتة القلبية » .

أما الدكتور محمد أحمد غالي في كتابه: القلق وأمراض الجسم^(١٣) ، فيركز على (نوعين أساسيين) تتعرض فيها للإصابة الأوعية الدموية الدموية والقلب وهما :

أ - ضغط الدم الجوهري (ارتفاع التوتر الشرياني الأساسي) Essential hypertension .

ب- لفظ القلب الوظيفي (اضطراب النظم القلبية) Fuctional
. Dysrhythmias

أ- ضغط الدم الجوهري: وهو ضغط - غير عضوي - بمعنى أنه يختلف عن ضغط الدم الكلوي: Renal Hyperten. وقد ثبت من دراسات عديدة أن المصابين بضغط الدم الجوهري يعانون من (عداء مكبوت: Suppressed aggression) منذ أيام الطعولة ويعتبر مصدراً لقلق لا شعوري مستمر عنيد. ونظراً لأن هؤلاء الأفراد لا يمارسون أية حيلة لا شعورية للتخلص من هذا الضيق والمقت ونزعات العدوان المكبوت فإنهم يكتبون تلك النوارع دون أن يعبروا عنها تعبيراً صريحاً، ولذلك تظل الأوعية الدموية في حالة من التوتر المستمر وينجم عن ذلك (زيادة ضغط الدم) نتيجة - القلق العنيد - .

وقد أقام العالم (هامبلينغ 1952 Hambling)؛ عدة دراسات لمصابين بضغط الدم الجوهري وقسم مراحلهم إلى ثلاث مراحل:

(١) مرحلة ما قبل الضغط الدموي الجوهري: Prehypertensive وبها يستجيب الأفراد للضغوط الاجتماعية والنفسية والآلام المختلفة (خاصة ألم البرد حين وضع اليد في الماء البارد لمدة دقيقة) بالانعطاف نحو ارتفاع الضغط بما لا يزيد عن ٩٥ م.م من الزئبق.

(٢) مرحلة الضغط المعتدل: Benign Hypertensive وتتصف بضغط مؤقت قابل لأن يزول، وتحدث في حالات الضغوط والقلق الزائد، وتتصف بأن الضغط فيها يسير لفترة أطول ولكنه يزول وهو ميل للارتفاع عن ٩٥ م.م من الزئبق ويصاحبه تضخم بسيط في جدران الأوعية الدموية الدقيقة والشعيرية.

(٣) مرحلة ضغط الدم الخبيث أو ما يعرف باسم Malignant Hypertension ويكون فيها الضغط باستمرار أكثر من ١٣٠ م.م زئبق، وهذه الحالة من الضغط الشديد تسبب تلف الكليتين، وإصابة شبكية العين بشبه النزيف، كما تصيب أيضاً بعض الأجزاء الحساسة التي تغذيها أوعية دموية شعرية بحالة من تصلب الشرايين أو النزيف الدموي لعدم تحمل جدران هذه الأوعية للضغط الشديد. وقد اتضح أن استمرار حالة الانقباض في الأوعية الدموية Vasoconstriction في حالة ظهورها إنما هي عموماً نتيجة لحالة توتر انفعالي حاد وعنيد وعلى رأس المواقف الانفعالية الغضب. وتعتبر دراسات العالم (سول Saul)^(١٤)، خير دليل على ارتباط ضغط الدم الجوهري بانفعالات نوعية؛ ففي دراسته المستفيضة للحالات سبع استنتج أن كل هذه الحالات تمثل نوعاً من الكراهية المستبدة مع محاولات فاشلة للثورة على هذا التسلط، مع وجود عوامل الاتكالية، والنقمة على سلطة الأبوين. وقد قام العالم (بينجر Binger وزملاؤه)^(١٥)؛ بدراسات أوسع لحالات ضغط الدم والسمات الشخصية والانفعالية لأفرادها واستنتج ما يأتي:

(١) إن معظم أصحاب الضغط يعانون من الوجل في أنشطتهم الاجتماعية.

(٢) كانوا من النوع الذي يميل للشعور بعدم الارتياح ويركنون للاستسلام في حضور الآخرين والأوساط الاجتماعية.

كانوا من النوع المحدود أو المقيد في نشاطاته وعلاقاته الاجتماعية.

(٤) كان من أبرز طباعهم (أنهم متخوفون دائماً) كما كانوا يميلون للشعور بالعجز والضعف وانهيار الثقة بالنفس وعدم القدرة على حماية أنفسهم.

ومن هذه الاستنتاجات يمكننا أن نلمح الترابط والعلاقة الواضحة بين الحالات الانفعالية وضغط الدم والقلق والصراع ومشاعر الكراهية والخوف. ويتساءل (بينجر Binger) عن مشكلة الصراع وحلوله؟ فالأفراد ليسوا قادرين على كبت أو حسم الكراهية والإتكالية؟ ولا هم قادرون عن التعبير الصريح عن نوازعهم؟ فهل الموقف الوسط المتمثل بالاحسم واللاكبت للنوازع العدوانية هو المظهر المميز للسلوك الانفعالي والذي يترتب عليه تلقائياً تطور وظهور ضغط الدم الجوهرى؟

ب - لفظ القلب الوظيفي: Functional Dysrhythmias يميل الكثير من الأفراد في - حالات الانفعال - لتركيز اهتمامهم على الخلل في ضربات القلب، أو اضطراب هذه الضربات، وحين يساورهم القلق فإنهم يراجعون نبضهم ظناً منهم أنهم يعانون متاعب من القلب وهذا الإجراء يحقق توتر القلق مؤقتاً ولكنه يميل أيضاً إلى تقوية العرض.

إن حالة الخلل والاضطراب في دقات القلب Skipped heart beat تسمى علمياً: Extrasystole أو اللفظ؛ ويكثر هذا اللفظ كثيراً في حالات الانفعالات القوية المعاجئة وفي حالات الاتصال الجنسي. وحين لا يهتم الناس بها تأتي مؤقتاً وتزول بسرعة. أما الأفراد الذين يعانون (قلقاً مرمناً) فهم الذين يزدون من حالة اللفظ ويحولونها إلى عرض مستمر عنيد مرضي نفسي حيث تزداد اهتماماتهم وقلقهم حوله. فاللفظ استجابة انفعالية حشوية وتستمر بصورة مرضية مع استمرار حالة التوتر الانفعالي في حالة القلق الشديد. إن القلب من أهم الأعضاء التي تتأثر ضرباتها بالانفعال وخاصة عندما يزداد إفراز الأدرينالين وخاصة في حالات الغضب والخوف والقلق...

٣ - أمراض الجهاز التنفسي : Respiratory Disorders

يشير العالم (سترينج : Strange) في كتابه : Abnormal Psychology بأن الاضطرابات التنفسية هي أمراض سيكوسوماتية وتتضمن: الربو الشعبي، والحمى الربيعية، والنزلات الشعبية والتهابات الجيوب، وحصى القش، والسعال الرئوي، وكافة إصابات البرد المعتادة وسنتاول أبرز هذه الاضطرابات بنوع من التفصيل:

أ - الربو الشعبي : Bronchial Asthma

يعتبر التنفس أول عملية بيولوجية يمارسها الكائن الحي بعد الميلاد يأخذ فيها الأوكسجين ويطرح ثاني أوكسيد الكربون. وتعتبر أول مظهر من مظاهر (الانفصال) التي يمارسها الوليد بعد الوضع بعد اعتاده داخل بطن أمه على تغذيتها له وإمداده باحتياجه من الأوكسجين.

ومن التنظير الطبي يعتبر الربو واحداً من العديد من (أمراض الحساسية) Sensitivity illnesses التي يطورها وينميتها ظروف معينة، وهو مرض يرجع إلى أن الجسم يمكن استثارته ببعض المثيرات العضوية المثيرة للحساسية: Allergens والتي لم يكن لها تأثير من قبل، ثم أصبحت ذات قوة مثيرة بحيث تثير في الجسم مادة (الهستامين: Histamine) والتي تسبب أشكال الحساسية المختلفة، وتعمل في علاجها المضادات المختلفة الحديثة للهستامين: Antihistaminic والتي تلعب دوراً كبيراً في علاج الحالة ولا يتم أثرها إلا بإزالة (الموامل النفسية بالعلاج النفسي).

ولم يجد العلماء دليلاً على دور الوراثة أو العمليات الاستعدادية لمرض

الربو. ولكن الثابت أن (الاضطرابات الانفعالية) وعلى رأسها القلق العنيد المزمن و (الاعتماد المسرف على الأم) منذ الطفولة تلعب دوراً رئيسياً في إحداث الخلل في وظائف ورد فعل خلايا الجسم للمثيرات الهستامينية.

ولقد وجد أنه في كل حالة من حالات الربو يمكن تقليل الاستجابة المرضية (بإزالة الحالة الانفعالية) فقط دون الاهتمام بالحالة الفيزيائية الجسمية، كما وجد أن (العلاج النفسي) يفيد كثيراً في إزالة هذه الحالة مع استعمال بعض الأدوية المضادة للحساسية التي تؤدي إلى - حالة تعادل - للمادة المثيرة في خلايا الجسم وإنه لا يصلح العلاج بناحية دون أخرى كما أشار (سترينج Strange)^(١٦).

تعريف الربو وحقيقته: هو مرض يهاجم جهاز التنفس ويتميز بأعراض يعانيها المريض، كضيق التنفس واللهث والسعال المستمر أو المتقطع، والإحساس بالحسرة في الصدر والبلغم Gaspings وهذه الأعراض مجتمعة، تعود لنقص في قطر الشعب الهوائية وهي التي يمر منها الهواء إلى الرئتين: هذا الضيق بدوره يرجع إلى تورم جدران الشعب، أو بسبب تقلص العضلات الشعبية القابضة Constrictor وكثيراً ما تصاحب إصابات الجهاز التنفسي أعراض شبيهة بأعراض الربو.

وقد قام العالم (ريز Rees) بدراسة أثبت بها أن ٨٠٪ من مرضى الربو أصيبوا سابقاً بواحد من أمراض الجهاز التنفسي وأن ٢٠٪ فقط لم يكن لديهم سوابق مرضية.

وطبيعي أن الفرد الذي يتعرض للقلق يتعرض لشكل من أشكال التوتر العضلي، ويأتي التوتر فيهاجم أضعف نقطة مقاومة في الجسم وتم الإصابة في إثارة مادة الهستامين في الجسم تحت ضغط الزخم الانفعالي وهي

تعتبر بمثابة (باكتيريا الربو).

أما علماء التحليل النفسي؛ فيعيدون معضلة الربو إلى حرمان الفرد من الأم؛ وعنايتها الزائدة به على حساب استقلال شخصيته أو إهماله والقسوة عليه، وموجات القلق والرعب والإحباط الذي كان وما زال يعانيه. وإن السعال وحشجة الصدر لا تعدو أن تكون رمزاً Symbol للخيبة والسكاء وطلباً للأم Demands for a mother ويتضف الفرد المصاب بالربو بالتردد والتذبذب الانفعالي، وحالات المزاج المتقلب السريع التغير: Ambivalence فهو تارة متفائل وأخرى متشائم، وطوراً شديد الثقة بنفسه والآخرين، وطوراً منهار الثقة بنفسه وشديد الشك بالآخرين وهذا يعكس في التحليل النفسي صراع رغبته في التواكل والاعتماد على الأم؛ والرغبة في الاستقلال عنها وفي هذه الحالة المترددة تظهر أعراض الربو الشعبي. والفرد يكره المسؤولية ويريد من الآخرين أن يؤديوا له أعماله ويتوقع منهم الكثير تعبيراً عن اتكاليته واعتماده الطفلي على الأم، فهو يظل يرى في كل شخص حوله (شكل الأم) يطعم في اهتمامها؛ أو يريد الانتقام حين لا يصل لذلك الاهتمام.

وقد يكون سبب تعلق المريض بأمه حرمانه من عطفها لقسوتها عليه؛ لأن الأب كان قاسياً جداً مع الأم. أو لأن الأم فرغت حاجتها العاطفية للعب مع ابنها المريض بشكل غير متوازن وفي كلتا الحالتين أصيب الابن بالربو الشعبي. ويمكن ملاحظة التواكل والاعتماد على الآخرين في حلول مشكلاته وقضاء أعماله في جميع أنماط سلوكه. ويبدو المريض بالربو صلب الرأس، شديد التمسك برأيه ولا يمكنه رؤية وجهات النظر للناس من حوله. ويجب المناقشة المدوانية لأنها تفسح له المجال لإبراز نفسه.

وقد كشفت دراسات العالمين (فرش، والكسندر)^(١٧):
French + Alexander عن العلاقة بين الطفل المصاب بالربو وبين الوالدين
وأسلوبها الخاطيء في تنشئة الطفل. وقد كانت أبرز استنتاجات هذين
العالمين كما يأتي:

(١) إن معظم مرضى الربو عاشوا محرومين من الحب الأبوي وعالياً ما
افتقدوا أمهاتهم منذ الطفولة بوفاة أو طلاق أو حوادث مؤلمة.

(٢) معظم أمهات مرضى الربو كنَّ شديداً القسوة لشعور الطفل
بالأمن ويبدن له العداء والغضب والتهديد والبذ والقلق والتسلط. وقد
تعمس الأم من خلال قسوتها على ابنها ظروفها ومشاكلها القديمة.

(٣) آباء المرضى بالربو معظمهم كانوا خائعين مستسلمين لسطوة الأم،
أو يلعبون دور الزوج الفاشل ولا يظهرون مشاعر التعاطف على الطفل
المريض إلا بعد وقوعه فريسة للمرض.

(٤) يتحصف المرضى بالربو أحياناً بالغيرة الشديدة ورد الفعل العنيف.
ويؤكد العالم (كامرون Cameron)، في كتابه^(١٨) The Psychology of
Behavior Disorders بأن مرض الربو مرض ناشئ عن البيئة النفسية
لل فرد والبيئة الاجتماعية والبيولوجية. وإن العالم المليء بالعدوان عليه
سيدفعه دفعا إلى الإصابة بالمرض وبذلك يكون الربو الشعبي جزءاً من
(التوتر العضلي) الذي ينتشر في كل أجزاء الجسم مع حالة القلق العنيد
الذي يتعلم استجابته.

حالة ربو توضيحية من العيادة الاكلينيكية^(١٩):

«ل.ب: حالة من حالات الربو شفيت منه بعد العلاج بالتحليل؛ ولقد

عرف من دراسة تاريخ الحالة أنها أصيبت بالربو من سن - الثانية - ومنذ ذلك التاريخ سارت على نظام تغذية دقيق. كما أصيبت بأشكال أخرى من الحساسية كما كان هذا حال أمها قبلها أيضاً. لقد كان أهم وسائل تأديبها هي (تهديد أمها لها بأنها لن تحبها ولن تجعلها ابنتها - قلق الحرمان والنبذ - وقد استسلمت الفتاة في طفولتها ومراهقتها لأمها، وكانت مطيعة وهادئة كما كانت متواكلة : Dependent على الأم تماماً ».

« وعندما دخلت الجامعة شفيت من الربو تماماً، ولم يعاودها الربو إلا عندما تزورها أمها. ولقد فشلت في اختيار مهنة أو تخصص تربوي ولذلك انسحبت من الجامعة وتزوجت. ولم تكن موفقة في حياتها الزوجية بسبب عدم التوافق الجنسي الزوجي إذ كانت تشكو (البرود الجنسي) في علاقاتها الزوجية ولكنها ما أسرع أن حملت وفي أثناء الحمل اختفت أعراض الربو تماماً. وبعد الولادة عاودتها حالة الربو، خصوصاً عندما أخذت علاقاتها الزوجية تتدهور، ولكنها كانت تحتقر العلاج النفسي. وأخيراً وأمام ضغط ما تعانيه من برود العلاقات العاطفية الزوجية وآلام كبيرة مبرحة لجأت إلى (العلاج النفسي)، وفي أثناء العلاج زالت حالة الربو، مع غيرها من مشكلات التوافق الزوجي. ولما تبين لها عن (طريق الاستبصار) بالعلاج أن الربو يرجع إلى طبيعة علاقتها بالأم والتي كانت تقوم على الرعاية الزائدة : Overprotection وأيضاً على التهديد : Threatening بسحب الحب والعطف مما غمى فيها (قلق الحرمان وقلق النبذ) الذي ظهر في صورة أعراض الربو كرد فعل فيزيولوجي شديد، ولقد تخلّصت الحالة من الربو تماماً خلال شهرين بعد أن عجز نفس الأطباء عن علاجه لمدة تسعة شهور بكافة الأدوية وأصبحت السيدة عادية؛ شديدة المراس قوية الشكيمة، وقادرة على تحمل مسؤوليات الحياة ».

ب- حمى القش Hay Fever

وهي أحد أنواع الحمى وتظهر على شكل زكام شديد يكون أحياناً موسمياً، ويصاحبه دائماً حالات من ضيق التنفس وانسداد الأنف مع مخاط مستمر. وتلعب (الحالة النفسية) دوراً كبيراً في تطور العرض السيكوسوماتي. وطبيعي لإنسان في حالة انفعال شديد كالحزن أو البكاء بأن يلعب (الأنف) لديه دوراً كبيراً في الاستجابة الانفعالية. وقد اكتشف أحد علماء التحليل النفسي علاقة كبيرة بين حمى القش والصراع الجنسي وبالذات حالات الكبت الجنسي والبرود الجنسي.

ج- السل الرئوي: Pulmonary Tuberculosis

يصاب الناس بالذهول حين يعرفون أن السل الرئوي يعتبر من مجموعة الأمراض السيكوسوماتية. إن النظرة الطبية القديمة تقول بأن السل الرئوي ينتقل بواسطة جرثومة السل المعروفة: Tubercle Hailtus والغريب أن هذه الجرثومة تنتشر في كل مكان حولنا ومع هذا يصاب بها أفراد ولا يصاب بها آخرون. وتزول غرابة ذلك حين نعلم أن (العوامل الانفعالية والنفسية وضغوطها) تتضافر مع العوامل الاستعدادية فتؤدي للإصابة وظهور الأعراض.

إن المنافسة في الحب والقلق في المثل فيه، وصراعات الجنس، وروح العداء والعدوان المرتبط بالطفولة يقودون إلى مرض السل الرئوي.

وهناك تفسير يرى أن (الضغوط النفسية) تولد تغييراً في إفراز هرمون الأدريناكورتيزون^(٢٠)، وهذا التغير يضعف مقاومة الفرد في حالة هجوم

جرثومة السل ويصاب بالمرض الرئوي ويحصل نفس الحال في - حالة التدخين الشديد - كمتنفس للضغوط النفسية.

وقد قام العالم (برج Berg) بدراسات استغرقت ثلاثة سنين لبيان العلاقة بين السل الرئوي والحالات النفسية وخصائص الأفراد المصابين بالسل الرئوي واستنتج ما يأتي:

(١) المجموعة المصابة بالسل الرئوي يعادي أفرادها بقية المرضى ويتصفون بالغيرة الشديدة وكلاهما مشكلتان نفسانيتان.

(٢) البصق، والسعال عند أفراد هذه الفئة دليل على التثبيت بالمرحلة النفسية الطفلية وهما رمزان لها.

(٣) أفراد هذه الفئة يعانون اضطرابات سلوكية لانعدام السند والتدعيم مع مشاكل التواكل العنيفة وقلق مرتبط بالتعلق بالوالدين والأم خاصة.

(٤) المرضى من هذه الفئة لم ينحسروا في حسم الصراع بين الاعتد والتواكل على الآخرين والنضج الذاتي والاستقلال.

(٥) يرافق معظم الحالات صراع جنسي عنيف.

إصابات البرد المعتادة: Commoncold

يعتبر كثير من العلماء أن التهابات الجيوب الأنفية وحساسيتها، والنزلات الشعبية وبشكل خاص حالات الزكام هي إصابات سيكوسوماتية.

إن الطب يعلمنا وجود أنواع من (الفيروسات) التي تؤدي للإصابة

بالزكام والبرد. ولكن لماذا يصاب بها بعض الأفراد بسهولة وسرعة؛ ولا يُصاب بها آخرون؟ إن الإجابة تتجاوز (المناعة العضوية)؛ فقد دلت الأبحاث والحالات الإكلينيكية بأن (الحالة الانفعالية) للفرد تتأثر وتؤثر في إصابات الزكام والزلات الشمية. وقد تمكن (العلاج النفسي) من تحقيق الشفاء للمصابين بها بعدما أصبحوا أقدر على معالجة مشكلات القلق التي يعانون منها. ويؤكد العالم (بول Paul) في دراسة أجراها العلاقة بين (كبت الغضب Suppressed Anger)، وما يرافقه من كبت عدواني مضاد وإصابات الركام. ومع ذلك فإن دراسة هذا العالم لم تستبعد وجود عوامل بكتريولوجية - جراثومية.

٤ - الاضطرابات الجلدية: Dermatological Disorders

إن حساسية الجلد وتوتراته كرد فعل (للانفعال) يعتبر شيئاً معروفاً وشائعاً وقد استكثرت آلات لقياسه بطريقة علمية: Skin tension Machine فالوجه يحمر في حالة انفعال الخجل، ويبدو عليه اللون القرمزي في حالات الغضب والحنق، كما أنه يبدو أصفر في حالة الخوف. ويعتبر الجلد لذلك (كشاشة سينائية) تعكس المشاعر؛ ووسيلة للتعبير الانفعالي لأنه واضح وظاهر للعيان، ويبدو القلق واضحاً عليه ويساعد على التفاهم ونقل معنى الانفعال عن طريقه.

ويرى أصحاب التحليل النفسي وجود علاقة بين الاضطرابات الجلدية والصراعات (الماوسوتشية) التي يوجه الفرد بها العقاب لنفسه لسبب أو لآخر: Self-Punishment ويبدو ذلك في حالات الحكك الجلدي حتى يدمى، وهناك من يفسر الحكك الجلدي كمصدر للاستشارة الجنسية وقد يحل محل

الاستمناء الذاتي. والثابت إكلينيكيًا أن الطفح الجلدي والبثور و(السنت) الشائع الظهور على الجلد: Warts تعتبر أعراضاً سيكوسوماتية وتم للأطباء النفسانيين إزالتها بدون استعمال أدوية باستعمال أسلوب (الإيماء) وفي كثير من الحالات لم تنجح الأدوية في إزالتها. ومن أبرز الاضطرابات الجلدية:

الأرتكاريا Urticaria ، وحب الشباب Acne Vulgaris وسقوط الشعر: Hair Failing والأكزيما، وجذري الماء، والحكة، والالتهابات الجلدية المعصية وغيرها.

وقد كشف الأخصائيون الإكلينيكيون عن حالات عديدة تنضح فيها الدلالة السيكدينامية وراء الاضطرابات الجلدية، والعوامل الكامنة التي تكشف ميولاً عدوانية شديدة نابعة عن رغبات لا شعورية في التطلع والارتباط مع مشاعر الذنب والحجل: Shame + guilt feeling وقد يؤدي الشعور بالذنب والخطيئة إلى (تشويه الذات) في صورة طفح جلدي. وبينما يعتبر الجلد غطاءً خارجياً لمضلات وعظام ودم الجسم فهو في الواقع عضو حسّي يستجيب باستمرار لتأثير الاحتكاك والضغط والحرارة. وبالتالي: فهو يشكل حائطاً بين الذات الداخلية وبين العالم الخارجي، وعلى أساس هذا الدور، نجده عرصة لظهور الأعراض التي تعبر عن الشعور بانعدام الأمن Insecurity ، وبالعجز Inability والكراهية: Hatred والذي يهمننا الحديث بإيجاز عن أبرز الاضطرابات الجلدية:

أ - الأرتكاريا: Urticaria

وهي حالة طفح جلدي Hives كاستجابة حساسية لنوع معين من

مشيرات الحساسية. وقد برهنت الدراسات الإكلينيكية أن (العوامل النفسية) تهبط الفرد لسرعة التأثير بالمشيرات الحساسية التي تزيد إفراز (الهستامين) بالجسم.

وفي مقدمة العلماء الذين درسوا العلاقة بين (الانفعالات) النفسية والأرتكاريا ها العالمان (سول وبرنشايين)^(٢١) Soul + Bernstein وتتلخص نتائج دراستها بالآتي:

(١) في أغلب الأحيان يكون الظهور المفاجيء للطفح الجلدي نتيجة الإحباط والتوتر والفشل في الحب أو الزواج وما يترتب عليه من قلق وصراعات.

(٢) كثيراً ما تظهر أعراض الأرتكاريا على الكثيرين من أفراد الأسرة الواحدة فالمشكلات العائلية لها تأثيرها على الإصابة.

(٣) معظم الأفراد المصابين كانوا ممن حرموا من حب الأم والتصفوا بالأب التصاقاً شديداً وكان سلوك الأب من النوع: (الماسوشي - الخضوعي).

(٤) كان لدى الأفراد المصابين نزعات مكبوتة للاشتغال بأعمال يشبهون فيها نوازعهم (العرائية) كالعمل (موديلات) أو في مجال الرقص أو (عارضات أزياء) صيفية. ولكنها ميول كبتت ولم تتم لها فرصة التعبير فظلت حبيسة النفس تثير القلق ثم ظهرت على شكل أعراض ارتكاريا.

(٥) إن أنواع الطفح الجلدي هي مجرد منافذ ومخارج: Outlets يعبر من خلالها المرضى عن قلقهم وانفعالاتهم، وعن صراعات الطفولة المكبوتة ليتخلصوا من قلق خطير.

ب - حب الشباب : Acne Vulgaris

وتسمى (بشور المراهقة) وتظهر غالباً في أعقاب البلوغ : Puberty وهي شكل من أشكال القلق اللاشعوري وتعكس حالة عدم نضج انفعالي كاف، ويميل فيها المراهق للانطواء ويعالج مشكلاته النفسية بكبت الانفعال وحبس الرغبات وسرعان ما يظهر هذا الصراع الداخلي على شكل حبوب وبشور جلدية. وهم يعانون صراعات ثورية لا شعورية وبالذات ضد الوالدين والسلطة والتقاليد. وتزداد لديهم إفرازات الغدد التناسلية كما يفرطون في عملية الاستمناء الذاتي (العادة السرية).

ويعتبر - سقوط الشعر - المسمى بجنون الشعر Tricho Lomonia لا سيما عند البنات انعكاساً لحالات الحرمان أو اليم أو الفشل في الحب.

٥ - أمراض سيكوسوماتية معاصرة وجديدة

يزداد التوتر النفسي عند معظم الناس في العصر الذري الذي نعيش فيه؛ ولكي نعطي القارىء صورة شاملة للأمراض السيكوسوماتية بالإضافة لما تم عرضه سابقاً؛ فإننا نود الحديث عن الأمراض السبعة المعاصرة التالية:

(١) السرطان.

(٢) سكر الدم - السكري ..

(٣) التهاب المفاصل الروماتيزمي.

(٤) نزيف الأذن الوسطى.

(٥) الصداع النصفي.

(٦) الاستجابات العضلية الهيكلية.

(٧) الاستجابات التناسلية، واستجابات الغدد الصماء والحواس وغيرها.

١ - السرطان : Cancer

يعتبر السرطان مرض القرن العشرين الذي يهاجم أي جزء من أجزاء الجسم ويشكل به انتماخاً وتورماً وتكاثراً مرعباً في الخلايا، والذي يزيد مخاوف الناس منه هو فشل الأطباء الذريع في معرفة أسبابه العضوية؛ رغم نجاح جزئي في إيقاف خطره المميت جراحياً وكهربائياً. ولم تعد نظرية الخلايا الجنينية الموروثة وما يقابلها من نظريات كافية في تفسير تطور المرض وعدواه واقتحام (الفيروس) لخلايا الجسم الإنساني وتكاثره فيها باللايين. ولم يعد أيضاً العلاج الكيميائي أو الجراحي أو الكهربائي حاسماً، ولكن العلماء لجأوا لاستعمال (الإشعاع النووي) الذي بدأ يعطي بعض الثمار لحصر المرض دون معرفة أسبابه. ومن سنوات عديدة وضع الأطباء مادة (الكورتيزون) التي كانت تساعدهم في القضاء على الخلايا المصابة، وصموا هذه المادة وراء ظهورهم لأنها قاتلة لكريات الدم البيضاء المصابة وغير المصابة والتفتوا إلى (الأشعة النووية).

وعقد أخصائيو مرض السرطان مؤتمراً هاماً في ألمانيا الغربية في أواخر عام ١٩٧٩ حضره ما يزيد على (٥٣) طبيباً وعالماً، وقدم فيه حوالي (٢٠٠) بحث حول السرطان، ولم يستطع بحث واحد أن يتعرض بالتحديد للأسباب وكان معظمها موجهاً نحو العلاج والمقاومة. وكان أبرزها وأحدثها (الأنترفيرون).

ويعتبر العالم (سيمونز: Simmons^(١)) في مقدمة العلماء الذين حاولوا

إبراز الحواش النفسية لمرض السرطان بالنقاط التالية:

(١) يكون هناك من الصدمات النفسية: Severe Psychic Trauma ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأولي للمرض.

(٢) إن الاضطرابات في الوظائف الغدية تثيرها وتطلقها (الضغوط الانفعالية) وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

(٣) إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة وعلاج الغدد بالإضافة إلى (العلاج النفسي) والخدمة الاجتماعية.

وقد أثبتت ذلك دراسات معاصرة على عيّنات عديدة مصابة بالسرطان وتمكن المحللون النفسيون ملاحظة التالي:

(١) معظم النساء المصابات بالسرطان كنّ يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن كما هي على علاتها: Crisis in self acceptance

(٢) معظم المصابات بالسرطان كنّ يعانين من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالباً ما يكون موضع الإصابة (الثدي).

(٣) معظم المصابين والمصابات يعانون غير دافئة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب. وفي أغلب الحالات كانت عداوتهم مكبوتة.

٢ - سكر الدم (السكري): Blood sugar

تؤكد معظم التقارير الطبية والعيادية^(٢٣) بأن الدول التكنولوجية التي تتصف بالتنافس والعمل الشاق والقلق والضغط المادي تواجه أعلى نسب

المرض في سكر الدم والسكر البولي. والذي سيجعلنا ندرك (الجدور النفسية) في هذا المرض، هو التفحص الدقيق لعملية التوازن البايوكيميائي (الهيموستازي) داخل البيئة الحسية Homeostasis .

إن كل ما يجب أن يتوفر للخلايا الحسية هو أن يتحقق نوع من التعادل Equilibrium بينها وبين البيئة الخارجية، فالحلايا الحمراء مثلاً تفقد الأوكسجين عندما تشترك في الجسم بعملية أكسدة الكربوهيدرات. ولذلك نجد أغلب الخلايا تتعرض لاختلال تعادلها، وبذلك تسمى البيئة الداخلية للفرد لاستعادة التعادل وجعله على (أقل درجة ممكنة من عدم التوازن) أو الاختلال. كذلك توجد هناك عوامل وعناصر كيميائية عديدة تسهم في هذا الاتزان والتعادل؛ وتعتبر (الهرمونات) من أهمها؛ ولنذكر على سبيل المثال (هرمون الأنسولين) الذي تفرزه غدة (ج.ل. هانس) في البنكرياس ليساعد على عملية التوازن السكري في الدم. كما أن هنالك أجهزة كبيرة تلعب دوراً هاماً لتحقيق هذا الاتزان المتعادل ومنها:

(١) الدورة الدموية التي توازن توزيع الدم على الخلايا والأنسجة المختلفة.

(٢) الرئتان اللتان تخرجان ثاني أوكسيد الكربون وتمتصان الأوكسجين من الهواء .

(٣) الكليتان بما تفرزانه من فضلات عملية الأيض (خلق الخلايا وتفتتها) وخاصة فضلات البروتين المتكسر.

(٤) القناة الهضمية التي عن طريقها يستورد الجسم العناصر الهامة والضرورية.

(٥) الجهاز العصبي المركزي الذي يلعب دوراً مباشراً أو غير مباشر في

عملية الاتزان الجسمي وعن طريق الآليات المساعدة في تحقيق هذا الاتزان^(٢٤).

وطبيعي أن يتأثر (سلوك الإنسان) إلى حد كبير بدرجة التوازن في هذه الوظائف جميعاً، لأن أي اختلال في أي منها يعتبر -تنبهاً بالخطر- Sign of danger قد يثير الجهاز العصبي اللاإرادي عن طريق مراكز القسم الباراسمبثاوي في الهيبوثلاموس وبذلك قد يخلق حالة من -التوتر والضييق والقلق- كما أن اضطراب وظيفة الجهاز العصبي بالتالي قد تخل بهذه العملية التوازنية، وتزيد من حدة الشعور بالألام الجسمية التي قد تفوق قدرة الفرد على تحمل الإحباط Frustration tolerance وتكون النتيجة تعميق الإحساس بالقلق. ولعل من أفضل الأمثلة على دور اضطراب (الاتزان العضوي في القلق) وأثره المتبادل في خلق حالة القلق الخلل في مستوى السكر بالدم.

القلق ومستوى السكر بالدم Blood sugar level

في معظم الحيوانات الثديية، يظل مستوى تركيز السكر بالدم (الكلوكوز) بين (٦٠ - ٩٠) مغم في كل ١٠٠ سم^٣ من الدم جميعه. وانخفاض مستوى السكر بالدم: Hypoglycemia إلى ما دون المستوى الأدنى يحرم خلايا الجسم من حاجتها من الكربوهيدرات، لأن معدل دخول الكلوكوز بالخلايا يتوقف على مقدار تركره في الدم. ويلاحظ بأن (الجهاز العصبي: Nervous system) يعتمد اعتماداً كلياً على الإمداد المستمر من الكلوكوز، وذلك لأنه لا يستطيع أن يحتزن أكثر من نسبة ضئيلة من الكربوهيدرات، ولا يستطيع أن يستفيد من عناصر أخرى في وظيفته الأيضية. ولهذا فإن

التدنيات التي تعاني نقص الكلوكوز تتعرض لحالة (إغماء) قد تؤدي بها، ما لم تسعف لحاجتها من المواد السكرية ويمكن أن تتصور هنا ما ذهبنا إليه من تأثير مرض السكر على الفرد وسلوكه وإحساسه بالضيق والتوتر وما يتعرض له أحياناً من إغماء أهو هلوسات بصرية أحياناً بسبب (نقص السكر) في جهازه العصبي.

أما الحالة العكسية وهي حالة (ارتفاع السكر) في الدم: Hyerglycemia وفيها تزيد نسبة السكر عن التركيز العادي فيكون تأثيرها أقل خطراً على الجهاز العصبي ووظائف الخلايا عامة. ولكن حين يزداد السكر عن المعتاد بشكل واضح يخرب التوازن في عملية الأيض وحين يصل سكر الدم إلى ١٦٠ مغم فإن السكر الزائد يبرز مع البول ويظهر في شكل (سكر بولي) وهو في حد ذاته مرض. وتذهب معه كميات كبيرة من الماء وغيرها من التكوينات العضوية وغير العضوية التي تدخل في تكوين (بلازما الدم) الضرورية والأساسية للحياة. ولذلك فإذا طالت مدة ارتفاع السكر في الدم ظهرت أعراض مرض السكر Diabetes^(٢٥).

ويشير العالم (ولسن Wilson) في كتابه الشهير: الطب السيکوسوماتي: Psychosomatic Medicine إلى عدة استنتاجات من دراسة يربط بها بين ضغط الدم والعوامل المؤدية لارتفاعه أو انخفاضه ودور السكر في ذلك.

(١) إن السكر، والأملاح، والصدمات، والغضب ترفع الضغط.

(٢) إن المخاوف والأحزان، والهموم تخفض الضغط.

(٣) إن قلة الصوديوم في الدم وكبر السن والشيخوخة وقلة الحركة والاستسلام للحمول والكسل تخفض الضغط.

(٤) إن مقدار الدم في جسم الرجل هو ٥,٥ ليترًا وعند المرأة هو ٣,٢٥ ليترًا وإن ٦٠٪ من وزن الجسم كله هو من الماء ، وإن ٨٠٪ من تركيب الدم هو (ماء) + كليكوز + هيموغلوبين وحديد + كربون + نيتروجين + هيدروجين وهكذا^(٢٦) ..

علاقة وظيفة الكبد في مرض السكر: يعتبر نشاط الكبد عاملاً أساسياً في الحفاظ على مستوى السكر في الدم على درجة صحيحة. ففي المقام الأول يستطيع الكبد اختزان كميات كبيرة من الكربوهيدرات في شكل (جليكوجين). وثانياً للكبد تحت تأثير الاستشارة الملائمة أن تقوم بأحد أمرين:

- ١ - إما أن تقوم بتحويل الجليكوجين وتفرره في الدم على شكل جلوكوز .
- ٢ - أو أن تقوم بإزالة الجلوكوز من الدم واختزانه في شكل جليكوجين .

ويتوقف إبراز الكبد للكلوكوز أو تحويلها لكلوكوز الدم إلى جليكوجين على مستوى السكر في الدم . إلا أن الكبد لا يفرز الكلوكوز إلا إذا استشير بأمرين معاً:

- ١ - نقص السكر في الدم . ٢ - إفراز هرمون الأدرنالين عند الانفعال . والكبد لا يمكنه اختزان الجليكوجين من الدم إلا عند توفر أمرين معاً وهما:

- ١ - ارتفاع مستوى السكر في الدم .
- ٢ - إفراز الأنسولين من جزء لآخر هام^(٢٧) .

وهكذا يتبين أن تأثير كل من (الأدرنالين والأنسولين) على مستوى

سكر الدم في الجسم تأثير متعارض. الأول يمثل الانفعال والثاني يحاول إعادة التوازن بتمويض النقص. فعند ازدياد إفرازات الأدرنالين (كمؤثر للانفعالات والقلق الشديد) فإن ذلك يولد إجهاداً وضغطاً على الكبد لإفراز مزيد من الكلوكور فوق الحد الطبيعي وهذا يقود إلى إرهاق وإجهاد البانكرياس لإفراز مزيد من الأنسولين للإمداد بالنقص المطلوب كإجراء استجابي. هذا الميكانيزم يجهد الكبد ويرهقه ويتطلب منه مزيداً من الجهود (لامتصاص السكر الرائد) عن حاجة الجسم والذي لم يستنفد في جهد ولم يستغل في طاقة لقتال أو هروب أو دفاع. ولو استمر الحال طويلاً فإن (اختلال) توازن السكر في الدم سيكون النتيجة الحتمية. وهنا ملاحظ كيف كانت (الانفعالات النفسية غضباً أو خوفاً أو قلقاً) تسير خطوة خطوة (في منحنيات) هذا الميكانيزم لإحداث الاختلال في توازن السكر في الدم وفتح الباب للإصابة بمرض السكر Diabetes الذي يعاني منه الملايين حول العالم.

الاضطرابات النفسية واستعمال الكربوهيدرات:

يشير العالم (الكسندر 1950 Alexander) في كتابه المعروف^(٢٨) Psychosomatic Medicine + its Principles + Application بأن (مستوى السكر) يتوقف على عاملين أساسيين:

١ - درجة امتصاص الأمعاء الدقيقة للكربوهيدرات.

٢ - معدل امتصاص الأنسجة واستعمالها للكربوهيدرات.

ويزداد هذا الامتصاص بشكل واضح كلما توفر إفراز هرمونات قشرة الأدرنالين، والغدة الدرقية ويقل مع نقص إفرازات هذه الهرمونات.

وثابت بأن إفرازات هذه الهرمونات تشتد وتزداد في حالات (القلق والانفعالات والتوتر)؛ وخاصة هرمون قشرة الأدرينالين الذي يتأثر بالهرمون من الفص الأمامي في الغدة النخامية، والمعروف باسم: A.C.T.H. الذي يفرزه بكثرة مع نشاط الهيسوثلاموس عند الانفعال.

وهكذا يبدو وكأن (القلق) مسؤول إلى حد كبير وبشكل غير مباشر عن زيادة كمية الكربوهيدرات في الجسم بسبب الزيادة في الامتصاص، وبالتالي عما قد يسببه ذلك من احتمال التعرض لمرض السكر.

ولقد أثبت العديد من الأحداث والحالات العيادية أن الإصابة بمرض السكر تعقب انفعال حزن شديد أو غضب عنيد، أو قلق مستبد مما يمكن تفسيره في ضوء اختلال وظائف آليات تنظيم موازنة السكر بالجسم نتيجة زيادة إجهادها، أو المفاجأة المذهلة في وظائفها^(٢٩). أنظر شكل (٣).

٣ - التهاب المفاصل الروماتيزمي: Rheumatoid Arthritis

إن التهاب المفاصل الروماتيزمي مرض قديم؛ يصيب الكبار عند جفاف السائل الموجود بين (عظمي المفصل) وفي كل التقاء بين عظمين يوجد واحد من المفاصل. ويلين المفصل الحركة وعند حدوث الالتهاب تتورم الغضاريف وتحدث الروماتيزما بآلامها المعروفة.

إن الذي يهيم في هذا الحال (التهاب المفاصل) الذي يهاجم الشباب والكار والصغار دون تمييز. وقد وصلت دراسات عديدة لهذا النوع من الالتهاب للاستنتاجات التالية:

(١) إنه مرض سيكوسوماتي مرتبط ارتباطاً وثيقاً بسواحي النقص في

تنظيم الشخصية، وبالضغوط البيئية والإحباطات التي تثير قلق العرء.

(٢) إن هذا المرض السيكوسوماتي شائع بين النساء أكثر منه بين الرجال وعلى الأخص عند الفتيات ذوات الميول الذكرية أو العلاقات الجنسية المثلية، والإعراض عن الزواج، والسيطرة على الذكور وهروبها من العلاقات الجنسية المؤلمة لها يقوم بحيلة مرصية هي (الآلام الروماتزمية) السيكوسوماتية.

(٣) الآلام الروماتزمية هي عرض جسمي يدل على حالة قلق وتوتر ناجمين من الصراع بين الميول الذكرية المكبوتة، وأحياناً الحسية المثلية المكبوتة، وتحدث الكارثة حين تنعرض المرأة لحالات من (الهديان) بعد زوال الأعراض العسوية للروماتيزم.^(٣٠)

٤ - نزيف الأذن الوسطى: Meniere Syndrome

ويعتبر هذا النزيف حير مثال على الأمراض السيكوسوماتية ويظهر نتيجة تقلص أو نزيف في الأوعية الدموية لعصو (اللابيرت) أو القناة القوقعية والأذن الوسطى حيث توجد أعضاء الاتزان وتوازن الجسم، وعند حدوث النزيف يفقد المريض التوازن ويصاب بالإغماء. وقد أثبتت دراسات (فاولار، وزيكيل: Fowler+ Zechel) أن هذه الحالة المرضية هي (نتيجة قلق) سارع بظهور أعراضه الجسمية، ويعكس شعور المريض بالعدوان المتسلط عليه. وهنا تكون (حالة القلق المفاجيء) والحادث مؤدية إلى تعير سريع في الأوعية الدموية يؤدي لانطلاق الدم للأذن الوسطى ثم انفجاره من أوعيته نتيجة الضغط كما يحدث في مواسير المياه؛ وبالذات حين ينطلق الدم سريعاً وقوياً ومماحناً

ه - الصداع النصفي: Migraine Headaches

يصيب هذا المرض نصفاً واحداً من الرأس إصابة حادة؛ ويصاحبها حالات من الدوخان والقيء وزغلة في البصر وأحياناً عى نصفي، وقد يكون ذلك عائداً لأن مركز الإبصار في الدماغ يرتبط بالعينين معاً ولا يرتبط الإبصار بنصف الدماغ. وقد دلت الصور الكهربائية لرسم دماغ المصاب بالصداع النصفي على أنها تعطي موجات غير منتظمة: - Dys rhythmic وهي أنواع الموجات التي تشيع في رسم الدماغ عند المصروعين.

ومن أهم الدلائل على دور (العوامل النفسية) في حالات الصداع النصفي أن العوامل المسارعة لظهور المرض هي:

أ - الإحباطات والضغوط النفسية.

ب - الزيادة المفاجئة في صعوبات العمل أو الشجار.

ج - المواقف التي تهدد الذات اجتماعياً أو اقتصادياً أو نفسياً كالخوف من الفصل عن العمل أو العزل من منصب أو الرسوب في امتحان أو العزل في زواج وح أو هجران للأصدقاء وعداء من الناس ولعل هذا ما يرحح حالات الصداع النصفي.

وقد استطاع السيكولوجي الفيزيولوجي الدكتور (وولف Wolf)^(٣١) أن يعطينا الخطوات الفيزيولوجية لهذا المرض كالآتي:

أ - إن الموقف الذي يتميز (بالضغط الانفعالي) يجعل الشعيرات والأوعية الدموية في الرأس تنبض أي تتمدد وتنقبض، وبذلك تستثار الأطراف النهائية للأعصاب الموجودة مع الشرايين، وهنا تبدأ مشاعر الألم.

ب- قد تصل الحالة إلى قمة المرض والصداع وقد ترول مفاجأة بزوال (الموقف الانفعالي) كما بدأت فجأة.

ج- إن المرجح أن هناك عوامل استعدادية عموية تساعد على ظهور الأعراض العضوية بهذه الصورة استجابة لتوتر القلق والانفعالات العنيفة.

وقد وصف علماء النفس (المظاهر السلوكية) للأفراد المصابين بالصداع النصفي فكانت كالتالي:

(١) إنهم شديداً الحساسية للنقد من الغير، وهم يوجهون النقد الكثير للآخرين وكثيراً ما يستعملون معهم تصيد الأخطاء .

(٢) طموحهم شديد ويدفعون أنفسهم بعنف للوصول إلى أهداف عالية، يهتمون كثيراً بنظافة ملابسهم، ويعانون نوعاً من - الدقة القهرية - في التخطيط وتنفيذ الأمور حيث يبالغون في الكمال والدقة الزائدة في التنفيذ.

(٣) إنهم كثيرون النقد واللوم لأنفسهم، ويبدلون الجهد الكبير ليؤدوا أعمالهم بأحسن صورة وبما أنهم معرضون للإحباط والفشل فإنهم باستمرار يقومون فريسة للغضب والحقد والعداء والحقد ولا يصارحون بها .

(٤) لديهم قمع شديد وكبت لكراهيتهم للآخرين ونتيجة لتوتر الكبت يعانون آلام الصداع النصفي^(٣٣).

حالة توضيحية عيادية^(٣٣):

« سيدة في السابعة والعشرين من العمر؛ تشتعل طيبة، وكان روحها كضابط في البحرية يتركها فترات طويلة دون اهتمام. وقد بدأت تشعر بأعراض الصداع النصفي منذ الخامسة عشرة من عمرها، وقد صاحب الصداع أعراض القيء والرغلة. ولقد بدأت العلاج النفسي بعد فشل أشكال العلاج الجسدي وتبين للمحلل النفسي ما يأتي:

« إنها عاشت يتيمة الأم حيث كانت قد ماتت أمها وهي في سن الثانية، وتزوج أبوها وهي في الرابعة من عمرها، ولم تسعد بطفولتها الحريئة كثيراً. وفي أثناء العلاج تبين أن مصدر الصداع هو (ما تكبته من حزن) على هجر أمها لها وتركها وحيدة، وما تشعر به من (قلق الذنب): Guilt anxiety، لأنها رفضت أن تعين زوجة أبيها في رعاية أختها غير الشقيقة، التي ماتت - على ما تعتقد - بسبب إهمالها لرعايتها ».

« لقد كانت ولا تزال تعاني (صراعاً) بين الرغبة في الاقتراب من الرجال والخوف والكراهية الموجهة نحوهم، ولذلك تزوجت وهي تحمل في جوانبها هذا الصراع الذي نشأ من اعتقادها الطفلي أن الآباء من الرجال يقتلون الأمهات. ولقد شغيت الحالة تماماً عندما بدأت تعبر عن (انفعالاتها المكبوتة) باكية الأم المسكينة التي ماتت صغيرة وتركت زوجها واستها الصغيرة، وعندما استطاعت أن تندب حظها كطفلة مهجورة في (الثانية) من عمرها، وزوجة لا تسمع كثيراً بحماية زوجية دائمة ».

٦ - الاستجابات العضلية الهيكلية:

يستجيب الجهاز العضلي والهيكل للضغط الانفعالي بالتهاب المفاصل

وأوجاع الظهر وتشنج العضلات وتلعب (العوامل الانفعالية) دوراً حاسماً في ظهور الأعراض. وقد أشار (كوكيل، ونيموثي، وكوستيلو، وروك) بأن ثمة علاقة وثيقة بين معاناة التوتر وبين التحصيف منه عن طريق الشاط العضلي. ولكن حينما تستمر (التوترات) وتشتد وتظل (دون حل) فإن الجهد العضلي الناجم عنها يسبب الأوجاع والآلام.

وقد سبق أن تحدثنا بعض الشيء عن التهاب المفاصل، ونود أن نحصر الحديث حول أوجاع الظهر، وتشنج العضلات:

أ- أوجاع الظهر: تظهر أوجاع الظهر من أسفل باستمرار في اضطرابات عصبية مختلفة، وقد تشأ هذه الأوجاع من توترات مستمرة مستعصية على الحل، أو قد تكون تعبيراً رمزياً Symbolic Expression عن استياء المريض من أعباء الحياة وثقل المسؤوليات الواقعة على عاتقه، وكثيراً ما عصت العيادات العسكرية بهذا النوع من الإصابات أثناء الحرب ولم يكتشف أي - سبب عضوي - لهذه الحالة إلا في عدد قليل منها؛ وحتى هذه الحالات ترحع في معطئها إلى ادعاء المرضى، وحتى هذه السمة أيضاً تكون عادة ذات سبب سيكولوجي.

ب- تشنج العضلات: يميل التفسير الدينامي لتقلص أو تشنج العضلات في علاقته ببقية العضلات المصابة. مثال ذلك العرص الذي يعبر عن صراع من خلال التقلص العضلي، حيث يظهر الألم والتشنج في - الذراع - نتيجة لرعة لا شعورية في المشاجرة^(٣١).

٧ - الاستجابات التناسلية، والغدد الصماء والحواس:

لا يوجد جهاز في الجسم يعكس العلاقة بين (المؤثرات السيكولوجية)

والأمراض السيكوسوماتية كما يصورها - لنا - الجهاز التناسلي وخاصة في الوظيفة الجنسية، والعلاقة بالوالدين وخاصة الوالد، والمهرمات الشديدة والغموض اللذين يحيطان المواجهة المبكرة لظاهرة الجنس، كل ذلك يشكل الأرضية الخصبية لظهور عوامل لا تحصى تؤثر في عمل الأجزاء العضوية في هذا الجهاز. وقد حدّد علماء النفس ثلاثة أشكال لهذه الاضطرابات^(٢٥).

أ - اضطرابات الوظيفة الجنسية.

ب - اضطرابات الوظيفة التناسلية.

ج - اضطرابات عملية التبول.

أ - اضطرابات الوظيفة الجنسية: تعتبر (العنة) لدى الذكور في مقدمة الاضطرابات، ويتراوح هذا الضعف الجنسي في شدته من مجرد تأخر في القذف إلى العجز عن السقاء منتصباً لبعض الوقت أو حتى عدم القدرة على الانتصاب نهائياً: Impotency، وهناك مظهر آخر لدى الذكور كمظهر من مظاهر الاضطرابات السيكوسوماتية وهو سرعة القذف: Pre-mature ejaculation؛ وتحليل هذه الاضطرابات من - وجهة النظر الدينامية - يعود إلى خوف شديد من أن يتسبب الرجل في حمل المرأة الأمر الذي يؤدي إلى كف الوظيفة الجنسية، وخوف الفتاة من الحمل أو الفضيحة وتقاليد المجتمع. ويعيد بعض العلماء السبب إلى القلق الشامل ومخاوف الطفولة وعدم وجود خبرات سابقة وضغط التقاليد، وسوء التنشئة الاجتماعية والعلاقة بالوالدين وبالذات مع الأم؛ وتأتي كل هذه الأسباب في اضطرابات الإناث في حالات البرود الجنسي: Frigidity أو الشبق الجنسي: Over sex. وقد يشترك الذكور والإناث بنفس الصفات أو بعضها أو جميعها وهناك حالات الماشوسية الخضوعية والسادية التي تتلذذ بالإيلاام والعذاب

أو تعذيب الآخرين قبل العملية الجنسية، والترجسية في حب الذات والتعرية وغيرها.. وكثير منها مرتبط بتحارب الإنسان السابقة وأحداث حياته.

ويربط علماء التحليل النفسي اضطرابات الذكور بصراع أوديبى طفلي لم يجد حلاً وهي عند الإناث عقدة إليكترا.

وقد تصاب الإناث مع البرود الجنسي أو الشبق وعدم الإشباع بعدم القدرة للوصول إلى الهزة الجنسية الأخيرة: Climax, An Orgasm ويؤكد علماء النفس دور المخاوف القلق وعدم الأمان في مرور هذه الاضطرابات.

ب- اضطرابات الوظيفة التناسلية: وتشتمل على الاضطرابات الخاصة في الدورة الشهرية (عدم الانتظام، الأوجاع الشديدة والتوتر الحاد المصاحب للطمث، اضطرابات الحمل والولادة، إفراز الحليب، استجابات عنيفة في حالة اليأس والصدمات)، وتتركز العوامل السيكودينامية عند المرأة هنا حول اعدام شعورها بالأمن Insecurity وحاجتها للحماية: Protection وتصرفاتها الطائشة كفتاة تحمل أن تلعب دورها كزوجة أو كأم.

ج- اضطرابات عملية التبول: إن أعراض التبول الشائعة التي يمكن اعتبارها اضطراباً سيكوسوماتياً تتضمن التبول بكثرة (سلس البول) أو بشكل متقطع قليل قد يصاحبه حرقه ولون غريب أو انسداد البول. وثابت أن العامل المشترك وراء هذه الأعراض التوتر النفسي والقلق ومن علماء التحليل النفسي من يرى فيه حياة مصطنعاً وصراعاً جنسياً وقد يكون على شكل انسداد في مجرى البول في حالة عجز تحدث للفرد حين يوجد حوله من يراقبه أو يضايقه.

اضطرابات الغدد والحواس: لقد بدأ العلماء حديثاً في دراسة جديدة لمعرفة الاضطرابات التي تتأثر بها الحواس الخمس والغدد الصماء تحت ضغط القلق والانفعال وارتباط ذلك ارتباطاً شديداً بوظائف الجهاز العصبي المركزي. وقد ثبت حدوث تغيرات في كيميائية الدم كنتيجة لأي نشاط انفعالي، وتصحح الحواس الخمس من نصر وسمع وشم ولمس وذوق - وهي المنافذ التي ينفذ منها المثير الذي يستثير الاعمال - عوامل مشحمة على الاضطراب السيكوسوماتي - السيكونفيريولوجي .

وما ترال الأبحاث في هذا المضمار في خطواتها الأولى، وتفتقر إلى الكثير والمريد من البحوث التحريبية والعبادية^(٣٦).

حواشي الفصل السادس

(١) الجهاز العصبي المستقل هو جزء من الجهاز العصبي يشرف على وظائف الأحشاء والعدد الصم وعمله (لا إرادي) وصلته بالانفعالات وثيقة، فإذا اشتدت أو أحبطت أدى ذلك لاضطراب الوظائف الحشوية جميعاً.

(2) Sanford, F H Psychology, A scientific Study of man.

(٣) راجع د. أحمد عزت راجح: الأمراض النفسية والعقلية. ص ٢٥٤.

(٤) راجع Abnormal Psychology

(٥) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم: مطبعة الحلواني سورية- دمشق- ١٩٧٣. ص ٤٦٧.

(٦) راجع: الدكتور أحمد عرت راجح: الأمراض النفسية والعقلية دار المعارف- القاهرة- ١٩٦٤. ص ٢٧٣.

(٧) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم- مطبعة الحلواني- سورية- دمشق- ١٩٧٣. ص ٢٧٢.

(٨) راجع: الدكتور أحمد عزت راجح. الأمراض النفسية والعقلية: دار المعارف- القاهرة- ١٩٦٤- ص ١٧٢

(9) Maltz Maxwell. **The Magic Power of Self Image Psychology.** Pocket Books Publishing Co New York, 1976, U S A 10 TH Printed copy

(10) S Wolf Evidence of the Genesis of the Peptic Ulcer in man J of A M A CXX 1942

(11) S. WOLF + H G Wolf Evidence of the Genesis of the Peptic Ulcer in man J A M A CXX 1942

(١٢) راجع: د. عبد الرحمن محمد عيسوي: دراسات في السلوك الإنساني، ١٩٧٩- دار المعارف بالاسكندرية: ص ١٠٣

(١٣) راجع: د. محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم: ١٩٧٣ مطبعة الحلبوني- سورية- دمشق- ص ٤٩٣ .

(14) SAUL, L, J: Hostility in Cases of hypertension: **Psychosomatic Medicine** (1939) P.P 153 – 161 Ch XIV

(15) C. A. Binger, N.W. Ackerman, A.E. Cohen +Others; Peranality in Arterial Hypertention, **Psychosomatic Medicine Mongraphs, VIII, 1945**

(16) Strange Abnormal Psychology, 1966 Mc Graw Hill, New York

(17) Alexandar F. Psychosomatic Medicine + its principles + Application-W W Norton + Company Inc. New York, 1950, U.S.A.

(18) Cameron, N **The Psychology of Behavior Disorders** A Biosocial intepretation, Boston, Houghten + Mifflin Co, 1947. U.S.A

(١٩) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم- مطبعة الحلبوني- دمشق- سورية- ١٩٧٣: ص ٤٧٨ .

(٢٠) الأدريناكورتيزون: وهو هرمون القشرة من المدة الكظرية.

(21) Saul, L + Bernstein. The Emotional Setting of some Attacks of Urticaria. **Psychosomatic Medicine**, Vol 3 P 351, 1941.

(22) Simmons, H, **The Psychosomatic Aspects of Cancer**, Peabody Press, Washington D C 1956

(23) Horney , K. **The Neurotic Personality of our time**, Kegan Paul + Co.

New York - 1963

(٢٤) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم- مطبعة الحلبوني- دمشق- سورية- ١٩٧٣: ص ٥١٣ .

(٢٥) راجع نفس المرجع السابق.

(26) Wilson· **Psychosomatic Medicine**

(27) Some Reference as above

(28) Alexander: Psychosomatic Medicine + its Principles and Application, W.W Norton + Company Inc, 1950, New York, U S A

(29) Morgan, G.T + Stellar, E: Physiological Psychology, P 102 Mc Graw Hill, New York, 1950, U.S.

(٣٠) راجع: الدكتور محمد أحمد عالي: القلق وأمراض الجسم ص ٥١٠. مطبعة الحلبي - دمشق - سورية: ١٩٧٣.

(31) Wolf, H. :Headache and Other Head Pains, Oxford University Press, London, 1948, U K - London

(٣٢) راجع: الدكتور محمد أحمد عالي: القلق وأمراض الجسم، مطابع الحلبي - دمشق - سورية - ١٩٧٣ ص ٥٠٩.

(٣٣) راجع نفس المرجع السابق ص ٥٠٨.

(٣٤) راجع: علم نفس الشواد: ترجمة الدكتور محمود الزيايدي، والدكتور السيد محمد خيرى - ١٩٦٧ - دار النهضة العربية القاهرة - ص ١٤٤.

(٣٥) راجع نفس المرجع السابق.

(٣٦) يقوم المؤلف بإعداد (دراسة منفصلة وتفصيلية) لأمراض الأطفال السيکوسوماتية: كالألجلجة، والتبول اللاإرادي، وغيرها.. كما سيقدم (دراسة منفصلة) حول الأرضية النظرية لتفسير الأمراض السيکوسوماتية والبطريات المرتبطة بها من بيولوجية، وسيکولوجية، ونيورولوجية، مما لا يتسع في هذا الكتاب بقميه الأول والثاني. وستأتي هاتان الدراستان في كتاب تحت الطبع هو: «أساليب العلاج النفسي».

الفصل السابع

الأمراض النفسية - الانفعالية

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد...
- مؤشرات الصحة النفسية كمدل للأمراض النفسية والعقلية.
- تعريف المرض النفسي.
- الفوارق المميزة بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية.
- بوعيات وتصنيف الأمراض النفسية - العصبية.
- تعريف العصاب وأنواعه.
- الأعراض الإكلينيكية العامة للعصاب.
- الأعراض الجسمية والسيكوباتولوجية للقلق العصبي.
- الهستيريا أو العصاب التحولي.
- أعراض الهستيريا أو العصاب التحولي.
- تصنيف الدكتور فهمي لأصناف الهستيريا.
- العوارق المميزة بين نوبات الهستيريا ونوبات الصرع.

- تصنيف ستريج وكامرون لوسعيات الهستيريا.
- العوامل الممهدة، والمحفلة للاضطراب الهستري.
- السمات الرئيسية للشخصية الهسترية.
- الهورتابيا أو الشعور بالإهك .
- التعريف والأعراض.
- السيكاثينيا أو العصاب القهري:
- ١ - المخاوف.
- ٢ - الوسواس المتسلطة.
- ٣ - الأفعال القسرية.
- العصاب اللفظي ولحظة الكلام.
- المرض النفسي السيكوناقي ونوعياته:
- ١ - تصنيف دافيد كلارك للانحرافات السيكونباتية.
- ٢ - تصنيف مورخان للانحرافات السيكونباتية.

الفصل السابع

الأمراض النفسية - الانفعالية

PSYCHOLOGICAL ILLNESSES

تمهيد:

يلعب (الصراع الأيديولوجي): Ideological Race القائم في عالمنا المضطرب دوراً - حقيقياً، ومقنعاً في آراء علماء النفس لمفهوم الأمراض النفسية والعقلية، في نشوئها وتطورها، وفي تعريفها ومفهومها وأسبابها، وفي تفسيرها ومناهج علاجها.

فالمسكر الشرقي وعلماءه يتخذون من الحقائق العلمية الفيزيولوجية وعلاقاتها بالتفاعلات النيورولوجية التجريبية الحديثة منطلقاً لهم في التصنيف والتعريف والتحليل. ويرون بأن البناء الوريدي للطبقة الاجتماعية، وفساد العلاقات التي تربط بين عناصر الإنتاج، والظلم الرأسمالي الذي يفتك بالأغلبية الساحقة من الناس في كل مجتمع؛ يقود تلقائياً بأفراده إلى الأمراض العصبية - النفسية، أو العقلية - الذهانية، فالنظام الاجتماعي في منظورهم هو المسؤول الأول لأنه يحول المجتمع بأكمله إلى مستشفى واسع للأمراض العقلية والنفسية دون أن يجد فيها المواطن تشخيصاً مأمولاً أو أملاً في علاج أو شفاء. وقد أكد هذا النظرة الطبيب النفسي البريطاني (لينغ ودافيد كوبر) Lang + D. Copper في كتبهم

وآرائهم. ولهذا فلا بد في نظرهم من تغيير المجتمع لأن الشروط البيئية الصحيحة لا تقوم عملياً إلا بتبديل الشروط البيئية السيئة التي ساهمت بتكوين المريض والمرض. وتعتبر بحوث ودراسات باقلوف، وليفانوف، وروكولوف، ولوتسيف وعلى الأحص لوريا وفينوتسكي خير ممثل لهذه المفاهيم.

ويقف على السقيض الآخر المعسكر الغربي - الرأسمالي وتقوده الولايات المتحدة الأمريكية ويشرف عليه عالم هارفارد الشهير برونر، وكارل راجر، وجوردن آلبرت، وحوليان روتر، وحديثاً فيليب فيربون، وبيرت، وجيلفورد وآيزنيك وغيرهم ويأخذ معظم علماء هذا الاتجاه (باستثناء القياسيين)؛ يأخذ في الاعتبار نظرية فرويد، واتجاهات التحليل النفسي، وقد برر حديثاً داخل هذا الخط الكثير من المنشقين والمعارضين. ويرى أصحاب هذا الاتجاه عموماً بأن مشكلات الإنسان تكس في (الصراعات النفسية) التي لم يتمكن الإنسان بمفرده من إيجاد حل لها منذ طفولته. ولا بد من التمس سبل متعددة لعلاجها حتى تساعد على التوافق والانسجام مع المجتمع الذي يعيش فيه بصرف النظر عن ملاسات هذا المجتمع واتجاهاته، فالتعايش مع المجتمع Conformity هو الهدف والعاية للعلاج وللأفراد وللأحصائي.

وفي السنوات الأخيرة اشتد ساعد (القياسيين) أمثال جيلفورد وبيرت وآيزنيك وفيرنون وغيرهم، كما برر علماء السلوكية الحديثة، وكونوا تياراً نقدياً شديداً على يد (ف. ب. سكينار)؛ ضد التحليل النفسي وتمسيره للأمراض السلوكية والنفسية والعقلية. ورغم أن السلوكيين يؤمنون بمبدأ باقلوف في المثير والاستجابة (S.R) ولكنهم يرون بأن المرض النفسي إنما هو

اتجاه متعلم؛ Learned Behavior؛ ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية إلى التزامات يتمسك بها الفرد كأنماط مرضية منذ الطفولة. وإن الأعراض التي تظهر في سلوك العصاة إنما يتعلمها من بيئته، ومن مراحل نموه، وخاصة مرحلة الطفولة.

وليس غريباً أن يجد علماءنا في (العالم الثالث) بدون خط منهجي واضح يميزهم عن التسعة إن لم نقل - العبودية - لواحد من الاتحاضين السابقين.

وفي تقديرنا؛ فإن الحكمة تتطلب منا أن نأخذ الحذر الذي تتضمنه كلتا النظريتين دون أن نلتزم بقصورها وقيودها، ونقل كل ما يساعدنا على التطور الفكري السيكولوجي في عالم لا يسمح برؤية الأشياء من - بعد واحد - صيق بل من أبعاد شمولية متعددة؛ وعندها يصح تعريفنا وتصنيفنا وفهمنا للأمراض النفسية والعقلية أكثر شمولاً وموضوعية، وأوسع وأرحب محالاً وأففاً^(١).

مؤشرات الصحة النفسية كبديل للأمراض النفسية والعقلية:

حينما نريد الكشف عن الأمراض النفسية والعقلية؛ ونفهمها فهماً واعياً، فإنه لا بد لنا من أن نلتم إلى (البديل) باعتباره الجانب الصحي الآخر لها؛ والقادر أن يحل محلها؛ ونعي بذلك (الصحة النفسية).

إن الصحة النفسية في مفهومها العلمي ليست مجرد خلو الإنسان من الأعراض المرضية الظاهرة External Symptoms، التي تدو للعيان في صورة وساوس، وتوتر، وقلق، أو هذيان أو سلوك شاذ وإنما هي سمات

وخصائص موضوعية. وتعتبر (مؤشرات مميزة) تطبع شخصية صاحبها بالتالي:

(١) قدرة الفرد على عقد علاقات اجتماعية راضية مرضية؛ يرضى عنها الفرد بنفسه ويرضى عنها الناس منه؛ علاقات تتسم بالتعاون والتسامح والإيثار فلا يشوبها العدوان أو الارتياب أو عدم الاكثرات لمشاعر الآخرين، وهذا ما يعرف بالتوافق الاجتماعي Social Adaptability + Adjustment والشرط الأساسي لتحقيق هذا التوافق الاجتماعي؛ هو الاتزان الانفعالي للفرد: Emotional Stability ويرتبط بالاتزان النضج الانفعالي Maturity الذي يدفع الفرد إلى أن يتخذ في سلوكه الموقف المعتدل بين كلا الطرفين: Away of any Extreme .

(٢) قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة: Balancing of Conflicting Drives توفيقاً يرضيها إرضاءً متزاناً وهذا ما يعرف باسم (التوافق الذاتي).

(٣) قدرة الفرد على الصمود حيال الأزمات والشدائد وصروب الإحباط المختلفة دون أن يحتل ميزانه ويشوه تفكيره، ودون أن يلجأ إلى أساليب ملتوية غير ملائمة لحل أزمته كالعدوان ونوبات الغضب أو الاستسلام لأحلام اليقظة. فدرجة احتمال الإحباط، ونوعية التحكم فيه هما من أبرز سمات الفرد عن غيره من الأفراد .

(٤) قدرته على الإنتاج المعقول في حدود دكائه وحيويته واستعداداته، إذ كثيراً ما يكون الكسل والخمول والقعود دلائل على شخصية هدتها الصراعات النفسية؛ واستنفذ الكبت حيويتها. ولانس أن المخاوف

والوساوس والهواجس كثيراً ما تعوق نشاط الفرد وتعطله.

٥) استمتاع الفرد بالحياة، بعمله وأسرته وأصدقائه، وشموه بالطأنينة والسعادة، وراحة البال.

٦) قدرة الفرد على إحداث تغييرات إصلاحية بناءة في بيئته وشؤون حياته، وعدم امتثاله المطلق لكل ما يسود في جماعته من تقاليد بالية، وعادات فاسدة^(١).

تعريف المرض النفسي:

عرفت جمعية الطب النفسي الأمريكي في تقريرها السنوي عام ١٩٥٢ الأمراض النفسية بالتالي.

«إن الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة الانحرافات التي لا تنجم عن -علة عضوية- أو تلف في -تركيب المخ- بل هي اضطرابات وظيفية، ومزاجية في الشخصية، وترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، أو اضطرابات في علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي؛ الذي يعيش فيه ويتفاعل معه؛ وترتبط بماضي حياة الفرد وخاصة في طفولته المبكرة».

ويبدو هذا التعريف جيداً، ولكنه لا يخلو من تعميم وغموض؛ لأنه لم يحدد المرض من حيث (أعراضه)؛ أم من حيث (أسبابه)؛ أم من حيث (أهدافه)، أم من حيث (أبعاده)؟

أما من حيث (أعراض المرض)؛ فستطيع القول بأن المرض

النفسي هو اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض Symptoms جسدية ونفسية شتى منها القلق، والوساوس، والأفكار المتسلطة والخاوف الشاذة، واضطرابات جسدية وحركية وحسية متعددة.

أما من حيث (الأسباب): فالمرض النفسي اضطراب وظيفي ينشأ من تضافر عدة عوامل على رأسها صراعات لاشعورية في عهد الطفولة، وعوامل بيئية متشابكة ومتراصة.

أما من حيث (الهدف) فالمرض النفسي هو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات وتستهدف حلاً لأزمة نفسية؛ ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه. وهي محاولة قد تفلح في هدفها هذا بقدر قليل أو كبير، أو تكون محاولة حائبة لا تحدي في حفص القلق بل تزيده شدة وإصراراً.

أما من حيث (الأبعاد) فإن المرض النفسي ليس مقتصرأ على النواحي السلوكية والعصائية وإنما أصبح يضم عدداً واسعاً من اضطرابات الشخصية كالانحرافات الحسية، والأمراض الجسمية ذات المنشأ النفسي وكثيراً من اضطرابات الخلق.

الفوارق المميزة بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية:

لقد أثارت بعض التصنيفات الارشالية موجة من الخلط الذي شاع بين عامة الناس وانتقل إلى صفوف المختصين؛ بين المرض النفسي، والمرض العقلي. وقد أدى هذا الخلط الذي يحتاج لتبوير

فارق دقيق إلى مساوى عديدة كان أبرزها ما نلاحظه في عشرات كتب علم النفس من اعتبار المرض العقلي مرضاً نفسياً، والمرض النفسي هو مرض عقلي وقد أثار هذا الخلط لدى بعض -الأدعياء- خوف الجماهير ورعبهم في الذهاب إلى العيادات من أجل التماس بعض الاستشارات النفسية لأنهم سيكونون في عيون المجتمع - مجرد مجانين - يعانون اختلالاً عقلياً؛ وتزداد هذه الصورة في مجتمعات (العالم الثالث) قسوة على أي مجتمع تكنولوجي آخر. ففي الوطن العربي مثلاً يفضل الفرد المضطرب نفسياً أن يقضي حياته كلها أو سنوات طويلة منها في آلام نفسية مبرحة على أن يسمع الناس يتهمونه بالجنون. وتقع المسؤولية في تقديرنا على عاتق علماء النفس ومؤسسات الثقافة ووسائل الإعلام في تنوير الأذهان بالسمات الفارقة بين الأمراض النفسية (العُصائية)، والأمراض العقلية (الذهانية) كما نوجزها بالفوارق السبعة التالية:

(١) إن الأمراض النفسية (العصائية) هي عموماً تكون من مصادر نفسية - غير عضوية وغير حسمية - وترتبط باضطرابات - مزاجية - وقابلة للعودة لحالة الاعتدال والتوازن، أما الأمراض العقلية (الذهانية) فهي ناشئة عن خلل - عضوي فيزيولوجي - أو عصبي، دماغي، نيورولوجي وباختصار (الحملة العصية الدماغية) في المرض النفسي هي غالباً سليمة ونادراً مصابة، ولكنها في المرض العقلي هي حتماً مصابة، ويصاحب المرض العقلي اضطرابات هضمية ووظائفية وعلاجها طويل، وصعب.

(٢) الأمراض النفسية - العصائية هي عموماً ذات مصدر بيئي - اجتماعي

ونادراً ما تكون وراثية، بينما الأمراض العقلية - الذهانية هي عموماً (وراثية - جينائية) ونادراً ما تكون بيئية ويستحسن عزل أصحابها حين يشكلون خطراً على أنفسهم أو على الآخرين.

(٣) المرض النفسي - العصبي يتناول عادة (جاناً واحداً) للشخصية وراوية معينة للسلوك بالتغيير، ولا يصاحبه عموماً أية اضطرابات هضمية أو فيزيولوجية، بينما المرض العقلي - الذهاني يؤثر (كلياً في مجموع الشخصية) ويولد تغييراً أوسع بمحيطه ونتائجه من المرض النفسي.

(٤) المرض النفسي يكون فيه المريض (متصلاً بالواقع) مع اضطرابات ملحوظة؛ بينما في المرض العقلي يكون المريض فيه (منفصلاً عن الواقع) ويعيش منشطاً في عالم خاص به (برانويا) كذهان ادعاء النبوة أو التحجر بفكرة واحدة.

(٥) المريض نفسانياً - عصابياً يشعر بما يجري حوله من تغيير؛ وهو واع لحالته المرضية، ويقبل العلاج ويطلبه (كمصابي وسوسة غسل اليدين باستمرار)، بينما المريض عقلياً - ذهانياً فهو عموماً غير واع لحالته وغير شاعر بالتغيرات من حوله وهو لا يعترف أنه مريض ويعارض بشدة؛ العلاج والمساعدة.

(٦) المريض نفسانياً هو عموماً معرض (للمسؤولية القانونية) لتصرفاته وسلوكه الاجتماعي نظراً لقدرته على التمييز، بينما المريض عقلياً لا يتعرض عموماً للمسؤولية القانونية.

(٧) في حالات (استثنائية وطارئة) يكشف التشخيص الدقيق عنها؛

يمكن فيها أن تكون (بعض) الأمراض النفسية ناشئة من مصدر عقلي أو تكون الأمراض العقلية ناشئة من مصدر نفسي والاكتشاف المبكر لتمييز وتحديد وتشخيص هذه الحالات من الأيام المبكرة، يساهم في علاجها السريع قبل استفحالها واستعصاء حلها.

نوعيات وتصنيف الأمراض النفسية - العُصائية:

تختلف الدول والعلماء في تصنيف الأمراض النفسية ويبدأ كل منهم من منطلق معين، ويركز البعض على أمراض معينة بينما يعتبرها آخرون ثانوية من حيث الأهمية ولكن العلماء يتفقون في أن (العُصاب) Neurosis بشقّي نوعياته وفروعه هو رأس الأمراض النفسية، ويلحق به النورستانيا: Neurasthenia ويذكر الدكتور مصطفى فهمي^(٢) بأن تصنيف الأمراض النفسية يتضمن سبعة أنواع رئيسية وهي:

- ١ - القلق المرضي العصابي أو (العصاب).
- ٢ - الهستيريا أو العصاب التحولي.
- ٣ - الشعور بالضعف والوهن والإجهاد بشكل مرضي (النورستانيا).
- ٤ - الأعمال القسرية والوساوس.
- ٥ - اللجلجة في الكلام.
- ٦ - السلوك السيكوباتي.
- ٧ - الانحرافات الجنسية.

وستتناول في الفصل العاشر (التصنيف السوفييتي) للأمراض العصبية

والعقلية لنضع أمام القارئ عرضاً شاملاً للتصانيف. والذي نود التركيز عليه الآن هو (العصاب): Neurosis باعتباره رأس الأمراض النفسية وعنه تتفرع مختلف النوعيات الأخرى، فما هو العصاب؟؟

تعريف العُصاب: Neurosis

هو اضطراب وظيفي: Functional Disorder ديامي - انفعالي وهو (نفسي في المنشأ): of Psychological Origin ويتصف بأعراض عامة تؤدي إلى اضطراب في العلاقات الشخصية وحالة عدم كفاية وعدم سعادة، وله أنواع متعددة تزيد على (عشرين نوعاً) وأبرزها ما يأتي.

أنواع العصاب: استطاع علماء النفس الإكليبسكي تحديد وتشخيص ما يزيد على (٢٠) نوعاً من أنواع العصاب الذي يظهر على شكل استجابات^(١)، ويمكن الإشارة إلى أبرزها بما يأتي.

١ - استجابات القلق العصبي أو المرضي: Anxiety Reactive

Neurosis ويتم الكشف عن أعراضها باحتبار (تايلور) Tylor

٢ - الاستجابة التحولية (المستريا): Conversion-Reaction Hysteria

٣ - الاستجابة الانحلالية أو التفكك: Disassociative-Reaction

٤ - الاستجابة الموبية (الخوف الوهمي المرضي): Phobia-Reaction

٥ - الاستحاسة الوسواسية القهرية: Obsessive-Compulsive

Reaction

٦ - الاستجابة الاكتئابية العصابية: Depressive-Reaction

٧ - استجابات الوهن والتعب (النورستازيا): Neurasthenia

٨ - توهم المرض بدون سبب حقيقي: Hypochondria

٩ - عصاب الحرب: War Neurosis

١٠ - عصاب الحادث: Accident Neurosis

١١ - عصاب الجنس: Sexual Neurosis

١٢ - عصاب السجن: Prison Neurosis

١٣ - عصاب الشعور بالخطيئة والإثم: Guilt Neurosis

١٤ - عصاب عقاب الذات واللوم: Self Punishment Neurosis

١٥ - عصاب المعدة: Stomach Neurosis

إن الحديث عن العصاب بأنواعه حديثاً مفصلاً يحتاج إلى كتاب كامل حتى يستوفي الكاتب أو الباحث حقه. وفي حدود بحثنا سنحاول التركيز على (أبرز نوعيات العصاب) وأكثرها شيوعاً.

وقبل الحديث المفصل عن النوعيات العصابية لا بد أن نخطط القارئ بالخصائص العامة التي تعتبر (أعراضاً) للعصاب بصرف النظر عن نوعياته.

الأعراض الإكلينيكية العامة للعصاب: General Symptoms

إن الأعراض العامة للشخص العصابي يمكننا تحديدها بالمظاهر العشرة التالية:

(١) الفرد العصابي يعيش في إطار الواقع ويحس به؛ فهو على هذا

Conscious ، ولكن نفسه تعيش بسجن داخلي : Internal Prison يشعر فيه الفرد مانقباض داخلي شديد، وضيق مؤلم ضاغط، لا يعرف حلالها أسباب عصائه ولا يجد لها حلاً، فهو مقيد بسلاسل تظهر على شكل توتر عصبي Neurotic Tension ومع هذا فهو مستعد لقبول العلاج والتعاون مع الأخصائي النفسي على عكس الذهاني: Psychotic .

٢) الفرد العصابي يعاني قلقاً ظاهراً أو خفياً، وشعوراً بعدم الأمن: Insecurity ، وزيادة الحساسية: Over-Sensitivity والتوتر والتهيج والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين: Dependency ومحاولة جذب انتباه الآخرين: Attention Seeking + The Need for Attention والاستجابة الصيانية (الطفلية) في مواقف الإحباط: Childish Responses والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب: Sadness and Depression .

٣) المصاب هو خلل في جزء من أجزاء الشخصية وليس في مجموعها: Partial Personality Impairment (Not Total) والعصابي أحياناً يمكنه مساعدة نفسه، أو أنه يطلب المساعدة بينما الذهاني: The Psychotic يرفضها رفضاً قاطعاً: Refusal and Resistance .

٤) العصابي يعاني اضطراباً في تفكيره وبطأً في فهمه: Mental Slowness and Slow Comprehension وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقصاً في الإنجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة .

٥) العصابي يعاني نوبات تعكس قلقاً وتوتراً كردود أفعال دائمة ومتناوبة الحدوث: Tense Anxiety Reactions يصاحبها أحياناً اضطرابات

هضمية: Digestive Problems وأحياناً اضطرابات فيزيولوجية:
Physiological Disorders مع ضغط شديد وانقراض على الأعصاب:
Obsessive-Compulsive States + Reactions.

(٦) يتصف سلوك العصاةي عمومأ بالجمود والتكرار:
Repeatative + Static عملياً وذهنياً، وفي حالات أخرى يتصف بالطيش
والتسرع ويقتصر فيه على حلول دفاعية: Defensive Outlets، وحيل
عقلية لا شمورية، هروبية كالإسقاط والنقل والانحباب والتقمص وغيرها.
(٧) سرعة الملل، والضيق والضجر من معظم الأشياء حوله وقصر مدة
الانتباه والتركيز:

Short Attention Span, Cannot Stand any Task for Long Time.

(٨) التمرکز حول الذات والأناية الواضحة:

Clear-Cut Selfishness + Self Centred

يصاحبها اضطراب في العلاقات الاجتماعية.

(٩) اضطرابات تعكس حالات صدام Conflicts يصاحبها وجود
(فوبيات: Phobias)، وهي تصوّرات وهمية ومخاوف لا أساس لها في عالم
الواقع.

(١٠) سرعة الغضب أحياناً لأتفه الأسباب وضعف واضح في العصر
الإرادي للصبط العصبي، ومع ذلك فعلاجه عمومأ (نفساني) وقابل للشفاء،
بيما الذهاني علاجه عمومأ طبي أولاً ثم عقلي ونفساني ثانياً ويحتاج لوقت
طويل وقد يكون في علاجه انتكاسات: Regressions
وقد قسم علماء النفس الإكلينيكي (القلق النفسي) إلى نوعين أساسيين:

- أ- القلق العادي أو الموضوعي كالخوف من امتحان أو اصطدام أو خطر .
ب- القلق العصبي المرضي وهو خوف غامض عصبي لا يدرك المصاب به سبباً له ، وقد سق لنا الإشارة إلى أعراضه العامة .

الأعراض الجسمية والسيكوباتولوجية للقلق العصبي:

يعاني المصاب بالقلق العصبي أعراضاً (جسمية - فيزيولوجية) كبرودة الأطراف، وتصب العرق، واحتمال اضطرابات معدية، وسرعة ضربات القلب، واضطراب في النوم، والصداع، وفقدان الشهية، واضطرابات في التنفس .

أما الأعراض السيكوباتولوجية فتتمثل بالخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والمعز والاكئاب، وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب من الواقع عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة^(٥) .

ويتميز الخوف في حالة القلق العصبي عن المخاوف المرضية، بأنه خوف عام غامض، غير متعلق بشيء معين في حين أنه في حالة المخاوف المرضية عادة يخاف المريض من شيء معين؛ كالخوف من الحيوانات أو الخوف من الأماكن المغلقة والمظلمة والخوف من الأماكن المرتفعة وغيرها من المخاوف .

الهستيريا: Hysteria أو العصاب التحويلي: or
Conversion-Reaction (Hysteria)

يعرف الدكتور محمد عثمان بجاني في كتابه (عم النفس في حياتنا

اليومية^(٦) الهستريا أو العصاب التحولي بأنه - مرض نفسي يتميز بتحول الصراع النفسي إلى صورة اضطراب بدني أو عقلي دون أن تكون هناك علل عضوية يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات. وهذه الاضطرابات هي في الواقع بمثابة محاولات للهروب من الصراع النفسي وللتخلص من القلق الذي تنشأ عنه. فالمرضى بالهستريا إذن إنما هو شخص يهرب من القلق بالالتحاء إلى الاضطرابات البدنية والعقلية التي تكون مفيدة نوعاً - ما - في وقايتها من آلام القلق.

ويشير الدكتور أحمد عرت راحح في كتابه (الأمراض النفسية والعقلية) بأن الهستريا قد تقتصر على الاضطرابات الحركية والحسية التي يحني من ورائها المريض ربحاً كالهروب من موقف عسير، مادي أو معنوي، أو استدرار عطف الناس، أو التنصل من تحمل تعة ويرافق هذا المرض أعراض جسمية ونفسية^(٧).

ويعرف الدكتور أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي)^(٨)؛ الهستريا بأنها مرض نفسي لا شعوري يتميز بظهور علامات وأعراض جسمية الغرض منها الحصول على نفع ذاتي، أو الهروب من موقف مؤلم، ويحب أن نميز هذا المرض عن الادعاء الذي يكون صاحبه عالماً بالدوافع التي أدت به إلى ادعاء المرض، أما في الهستريا فالمرضى لا يعرف سبباً لمرضه ويقدم على العلاج كغيره؛ وتشتمل أعراض الهستريا على أربعة أبعاد أساسية:

أعراض الهستريا أو العصاب التحولي:

أ - أعراض حركية: كفقد الصوت، والاهتزاز، في الأطراف والارتعاش وسرعة التهيج؛ والقيبونة، والشلل، والنوبات التشنجية الهسترية.

ب- أعراض حسية: كفقد البصر، وفقد الإحساس بالألم، وفقد السمع، وفقد الشم.

ج- أعراض عقلية: كفقدان الذاكرة، وحالات الشرود وتشتت الذهن، وازدواج أو تعدد الشخصية، والجوال الليلي وشبه العته المستري.

د- أعراض جسمية: كالصداع، والقيء، والآلام المختلفة في الجسم، وفقدان الشهية، والحمل الكاذب عند النساء.

وقد فسّرت (نظرية التحليل النفسي) مرض المستريا على أساس الميكانيزمات اللاشعورية المؤدية لهذا المرض، وتأثير الطفولة في تكوين الشخصية المصابة بهذا المرض.

أما العلماء السوفييت أمثال (باقلوف وبيشنوف) فيتخذون التفسير الفيزيولوجي أساساً لتعليل مرض المستريا ويرون بأن المرضى بها يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة، ومن طبيعة هذا الضعف أن يؤدي إلى إثارة نشاط مراكز تحت القشرة في الدماغ لأن هذه المراكز تستجيب لشحنات وألياف عصبية من القشرة، وبالتالي فالقشرة تنظم وتقلل من نشاط هذه المراكز، وفي حالة ضعف القشرة أو اللحاء، تصبح هذه المراكز في حالة (عدم توازن) Inbalancing، ودون سيطرة عليها. وتحتوي مراكز الدماغ تحت اللحائية، جميع الانعكاسات غير المشروطة، أي الانعكاسات الموروثة والبدائية من أجيال بعيدة، وفي الفرد ذي اللحاء الضعيف فستأخذ هذه الانعكاسات دوراً نشطاً وتحت تأثير أحد الشدائد، تظهر الأعراض في هيئة بدائية مثل التشنجات المسترية، أو غيبوبة هسترية للهروب من موقف معين، وكذلك يمكننا تأويل الأعراض الحسية للمستريا بضعف في خلايا اللحاء الخاصة بوظيفة الأعضاء المصابة.

ويعتقد العالم (آيزنيك) بأن الهستيريا: هي حالة يجتمع فيها بعدان من الشخصية وهما بعد العصابية، مع بعد الانبساطية^(٩).

وهناك من يرى أن الهستيريا هي غلط سلوكي مرضي نفسي معين، يعكس حالات من الاضطرابات ولا تخلو أحياناً من عرض سيكوسوماتي يدعى الهستيريا التحولية: Conversion Hysteria فهو على هذا اضطراب عصابي.

تصنيف الدكتور فهمي لأصناف الهستيريا:

ويرى الدكتور مصطفى فهمي في كتابه (علم النفس الإكلينيكي)^(١٠)؛ بأن الهستيريا لم يعد (مرضاً نسائياً) كما كان شائعاً، فانتشاره بين الرجال قائم؛ ولو أن انتشاره أكثر بين النساء ممن يعانين ضيقاً في الرحم. والهستيريا لدى فرويد هي صراع بين الذات العليا وبعض النزعات الجنسية. ويشير الدكتور فهمي إلى أن (الأعراض الحركية للهستيريا) تتمثل بستة أصناف:

أ- الشلل الهستري كحالة الجندي الذي يصاب بالشلل في بدء المعركة حين تعطى إليه الأوامر، أو شلل يد الفتاة عن الكتابة كحل للصراعات بين الذات العليا ورغبتها في الزواج من فتي تمنهه.

ب- الحركات الإرادية الهسترية: كتقطيب الوجه، والضحك بدون سبب، وبل الشفاه، وتسليك الحلق عن طريق النحنحة؛ وكلها حركات عصابية لا إرادية.

ج- التقلصات الهسترية: وتتناول عضلة معينة كالإصبع أو القدم كنتيجة لبرد شديد، أو حرارة أو التهاب شديد وهذه تقلصات عادية أما التقلصات الهسترية فهي نتاج عوامل نفسية كاعتقال عضلة الإصبع عند الكتاب المحترفين للكتابة.

د - الارتعاشات المسترية: وتصيب أي جزء من أجزاء الجسم لا سيما بعد حادثة معينة؛ أو في حالات الضيق والإحباط أو استماع أخبار غير سارة أو رسالة حزينة أو خلاف أو شجار.

ويصبح هذا الارتعاش عائقاً عند المريض لا يمكنه من أداء الأعمال الأخرى الاعتيادية وتؤثر بشكل خاص على المال وربات البيوت.

هـ - النوبات التشنجية: وتستمر هذه النوبات بضعة دقائق أو ساعات؛ وأحياناً أياماً يتشنج الجسم كله بها. وتكون مصحوبة بصيحات زعر وتنهيدات (دون أي دموع)؛ والمصاب في حالة حيرة وذهول: Confusion + Trance ولا يتكلم، ولا يجيب على أي سؤال وإنما يجلس ويملأ عينيه بحوله؛ وقد يغمض عينيه.

الفوارق المميزة بين نوبات المستريا ونوبات الصرع:

إن (التشخيص الدقيق) يفصل دوماً بين الحالات، ويتحاشى كثيراً من الخطأ الشائع بين العامة والباحثين. ولهذا لا بد من توضيح الفوارق المميزة بين نوبات المستريا والصرع بشكل دقيق:

١ - المصاب بنوبات الصرع غير واع لما يدور معه وحوله فهو Unconscious بينما المصاب بنوبات المستريا هو عموماً واع لمن حوله: Conscious .

٢ - في النوبات المسترية (الشدة الانفعالية) أقوى مما هي عليه في نوبات الصرع.

٣ - في النوبات الهسترية يقوم المصاب بمحاولات الدفع والشد والقبض على ما حوله وكل ما يقع في يده؛ بينما المصاب في الصرع لا يفعل ذلك.

٤ - النوبات الهسترية عموماً نفسانية إنفعالية لا يوجد بها تلف في الدماغ. بينما في الصرع التلف الدماغي ثابت ومؤكد Cortex Disorder ويستعمل العلماء (الموجات الكهربائية) للكشف على الصرع وتمييزه عن الهستريا.

٥ - النوبات الهسترية وسائل هروبية من (متاعب نفسية) يعانى منها المصاب في أعصابه ونفسه، أما نوبات الصرع فهي (إصابة عصبية) دماغية عقلية.

و- فقدان الكلام: ويعتبر من الأعراض الحركية للهستريا ويتخذ مطهرين:

(١) فقدان القدرة على الكلام بصوت مرتفع.

(٢) فقدان القدرة على الكلام كلية^(١١).

وتحدث هذه الحالات عموماً بسبب الإحباط أو القلق أو اليأس أو الشعور بالفشل والإذلال أو حالات الحروب والصدمات. أما (الأعراض الغدائية) للهستريا فتأخذ شكل مطهرين:

(١) فقدان الشهية: Anorexia - أنوريكسيا.

(٢) الشهية الذاتية: Bulimia - بوليميا. وهما تعكسان الاضطرابات الانفعالية التي يعانىها الفرد.

أما الأعراض الحسية للهستريا فتصيب أي حاسة من الحواس الخمس

بخلل شامل كلي أو جزئي ولا سببا العمى والصمم.

أما الأعراض العقلية فتظهر في خلل الذاكرة كلياً أو جزئياً وفي تشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز وفي ضعف الدافع الذاتي والحافز لأي عمل^(١٣).

ازدواج الشخصية كمؤشر هистри^(١٤):

إن الشخصية المزدوجة هي حالة من حالات الهستريا تظهر وتتطور كرد فعل لما يشعر به المريض من قلق، وهي وسيلة يعتدي بها الفرد على نفسه لا شعورياً كوسيلة للعقاب ولتخليص نفسه من القلق بعد صراع شديد. فالمريض يعاقب نفسه على جرمه لا شعورياً عندما يسجن شخصيته الأولى وينعما من الاستمتاع جزاء سلوكها في الحياة.

وهناك من العلماء من يرى بأن ازدواج الشخصية هو مجرد وسيلة هروبية كما أنه يجعل المريض مركز عناية فهو وسيلة لجذب انتباه الآخرين إليه: Attention Getting .

وتعتبر السلبية: Passiveness and Negativism أمراً واضحاً في سلوك المصاب بالهستريا مما يصبح مستحيلاً أن يشاركه غيره من الناس بأي نشاط . ويستفيد المريض من عمليتين لا شعوريتين واضحتين هما:

(١) العزل الزائد: Overexclusion

(٢) الكبت الزائد والضغط: Over Completerepression

فالعزل الزائد يعني أن يستبعد المريض من نفسه شخصيته القديمة بأكملها التي كانت سبباً لحدوث الصراع. ففي حالة المزارع الذي فقد

ذاكرته لم ينس فقط حادث قتله للفلاح ولم يكتف في عقابه للذات مكنت هذه الخبرة المؤلمة ونسيانها فحسب بل إنه - بسبب القلق الشديد الناجم عن الصراع بين فضيلة إبلاغ البوليس عن الحادث؛ وحب الشخص لذاته - نسي لا شعورياً شخصيته الأولى واتخذ لنفسه شخصية مغايرة.

أما الكبت الزائد والضغط: Over Complete repression فيقصد بذلك أن إحدى الشخصيتين تكبت عن طريق النسيان كل خبرات الشخصية الأخرى وتمحوها من ذاكرة المريض.

وقد ألفت دراسات العالم (سلاتر Slater عام ١٩٦١) أضواء جديدة على الهستيريا فقد وجد أن هناك من بين الهستريين عدداً يعاني إصابة بالمخ، أو أعراض الصرع أو الاكتئاب أو الفصام أو حالات القلق وغيرها. ووجد (سلاتر) أن الصورة الإكلينيكية تختلف من حالة إلى أخرى، وأن أعراض الهستيريا تتأثر بعوامل أخرى. ولم يستطع تحديد نوع واحد للعلاج فقد استخدم العقاقير، والصدمات الكهربائية، والعلاج النفسي وغيرها ولم يجد واحداً من هذه الأساليب يفيد أكثر من غيره في حالات الهستيريا. وكان من أشد معارضي (سلاتر) العالم (والش Walshe) الذي وافق على آرائه كثيرون؛ في أن الهستيريا اضطراب عصابي أولي يتصف بظهور أعراض وعلاقات مرضية وتؤثر بها ضغوط معينة اجتماعية ونفسية. وقد استبعد الباحثون وعلى رأسهم الدكتور أحمد عكاشة أستاذ الطب النفسي وعلم الأعصاب في جامعة عين شمس بجمهورية مصر العربية؛ أن تكون الهستيريا مجرد تعبير تعود إلى زملة أعراض Syndrome واتجهوا إلى وضعها وتسمية مظاهرها المختلفة بأنها ردود أفعال تحويلية وتفككية. ويرى الدكتور محمد أحمد عالي في كتابه (القلق وأمراض الجسم)؛ بأن الاضطراب الهستري

عموماً تكون له صورة كاملة قائمة بداتها؛ وأن ظاهرة التمكنك أو التحول إن هي إلا (أوصاف) لما يحدث للسلوك أثناء الإصابة بالاضطراب الهستري.

وقد اجتازت (الهستريا) تطوراً تاريخياً ذا دلالة وأهمية؛ فقام علاجها على يد عمداء المدرسة الفرنسية أمثال (شاركو، وبرهايم، وليبول: Charcot, Bernheim, Liebault) باستعمال التويم، وجاء فرويد ليسيّر بنمى الخط مضيفاً إلى ذلك أسلوب التحليل لعلاج اضطرابات الجنس باعتبارها المحرك الأساسي وراء مرض الهستريا. وجاء علماء يركرون على الأعراض الحسية للهستريا في التوقف العصوي للإحساسات Inactivation وفي بعض الحالات فقدان الإحساس الحلدي Anesthesia؛ فيما تأخذ الهستريا اللاإرادية أشكال الارتعاد والخلجات والتقلصات كما أشرنا سابقاً. وقد قسم (جاك روي سترينج: J. R. Strange) اضطرابات الهستريا إلى ثلاثة أنماط:

(١) الهستريا التحويلية: Conversion Reactions

(٢) حالات التفكك الهستري: Dissociative States

(٣) النوبات الهسترية التشجعية: Convulsive Hysteria

أما العالم (كاميرون: Cameron-N) فقد قسمها إلى قسمين رئيسيين:

(١) الهستريا التوقفية: التي تتعرض لها أية حاسة بما في ذلك الكلام.

(٢) الهستريا اللاإرادية: التي تتناول أي جزء في الجسم أو السلوك.

وذهب فريق من العلماء للتركيز حول أمراض الخلايا وأمراض العضلات Myopathy المؤدية بدورها لظهور التوقف الهستري ومن العلماء من أوجد علاقة بين التوقف الهستري والعوامل البيو إجتماعية كحدوث

تلف غامض في الجهاز العصبي، أو عدم قدرة العرد على أداء الدور الاجتماعي الذي كان يؤديه.

ويرتبط في الهستريا اللاإرادية؛ الإرتعاد الهستري: Hysterical Tremor والتقلص الهستري Hysterical Cramp والخلجات الهسترية Hysterical Ties عما فيها قضم الشفاه، والعمر بالوجه، وهز الرأس أو الكتف، والكحة والسعال الرحفي، ومن نوعيات الهستريا اللاإرادية نوبات الإغماء الهستري Hysterical Seizure والمشي أثناء النوم: Hysterical Somnambulism كأن يقوم المريض من نومه ويمشي وهو نائم، وهناك التجوال: Hysterical Fugue وهو مشي المريض مسافات طويلة وهو يقظ ولكنه لا يعرف شخصيته أو اسمه ولا يعرف وجهة مسيره ويصل طريقه، وكلاهما حالتا تفكك هستري. وهناك اردواج وتعدد الشخصية: Double + Multiple Personality وهي حالات يعيش بها الفرد شخصيتين أو أكثر يكون بينهما تعارض تام في أبعادها؛ وينسى في كل وجه ما كان عليه أو ما قام به من أعمال في الوجه الآخر. وتظهر الهستريا خصوصاً في مجالات العمل للعرد: Occupational-Hysteria .

العوامل الممهدة والمعجلة للاضطراب الهستري^(١٤):

تلعب خبرات الطفولة وتجاربها دوراً هاماً في تكوين هذا الاضطراب والتمهيد له، فالإسراف في تدليل الطفل ومدحه وإطرائه، والإفراط في العناية به أيام مرضه والمبالغة في حمايته من الأضرار، كل هذه الممهّدات تكوّن لديه صورة غير واقعية في (مفهوم الذات) عنده: Unrealistic Self Concept؛ وقد كشفت الدراسات بأن حالات الهستريا غالباً ما تتناول

الطفل الأول في الترتيب الميلادي بالأسرة، أو الابن الذكر الوحيد أو الأنثى الوحيدة، أو الطفل الأخير الذي نال القسط الكبير من التدليل، أو الطفلة ذات الخطوة الخاصة من أبيها والتي تثير غيرة الأم منها، أو الطفل الذي نشأ لدى جد أو جدة يفرقانه بمطف فيه تطرف وغلو، أو ابن الأرملة التي فقدت زوجها وحولت كل حبها لابنها بعد موت أبيه، أو ابن المطلقة التي وجدت بعد هجرها في ذلك الابن بديلاً تستشف منه معاني إشباع الميول الحسية والعاطفية؛ فتفرقه بالمطف الزائد.

أما العوامل المعحلة بظهور أعراض الهستيريا Precipitating Factors فيمكننا استعراضها كالتالي:

- (١) الخبرات المثيرة للذعر أو قلق الصدمة: Traumatic Anxiety .
- (٢) مواجهة مسؤوليات مفاجئة لا يشعر الفرد إراءها بأهليته لمواجهتها .
- (٣) المرض الجسدي يثير الحاجة للحب والرعاية .
- (٤) خيبة الأمل والفشل في الحب أو الزواج .
- (٥) افتقاد عطف الزوج بعد عشرة سعيدة وطيبة .
- (٦) حالة الحريق أو الحرب أو الفيضان غير المتوقع .
- (٧) الصدمات العاطفية أو العائلية المفاجئة .
- (٨) الخسائر التحارية والمالية والإفلاس وغيرها .

السمات الرئيسية للشخصية الهستيرية وتنحصر بما يأتي:

- (١) التعكك التحصى، وشدة الانفعال العصبي؛ وبعض أعراض

جسمية، وحركية أو عقلية وحسية تعكس خلافاً واضحاً.

(٢) التهرب من المسؤولية وكثرة التواكل والتعبير دوماً عن المعجز في مواجهة مشكلات الحياة.

(٣) التلهف الشديد إلى العطف، والإلحاح لإشباع الجوع العاطفي الفردي من الآخرين بمبالغة شديدة.

(٤) التمرکز الشديد حول الذات Egocentrism والاهتمام بالمصالح الأنانية والشخصية دون اهتمام بمشاعر الآخرين Empathy أو شؤونهم.

(٥) عدم القدرة على تقدير الأمور؛ والحكم على المواقف؛ والمعجز الواضح في اتخاذ القرار؛ وعدم الاستطاعة لرؤية المواقف من وجهة نظر الآخرين؛ وعدم الشعور في المسؤولية الاجتماعية في علاقاتهم بالغير. وهذا سلوك طفلي يمثل ضحالة في النضج الانفعالي وسطحية في النمو الشخصي.

(٦) عدم الاستقرار الانفعالي، والاهتزاز الدائم مزاجياً ونفسياً؛ فالشخصية المسترية تنتقل بسرعة من انفعال إلى آخر؛ من الضحك إلى البكاء، ومن السعادة إلى الكآبة، ومن التحس إلى الفتور، ومن الروح المعنوية العالية إلى الهبوط المعنوي الشديد، وينعكس هذا اللون من السلوك على علاقاته بالآخرين وعلى أفراد عائلته فهو لا يثق بأحد بسرعة وثقته لا تدوم ولا تطول، وعلاقاته في مجال عمله مع الآخرين معرضة دوماً للاهتزاز.

(٧) العقل الخفيف أي القابلية الشديدة للإيجاء وتصديق ما يقال لهم دون نقد ومناقشة وتحيص ولا سيما حين يأتي من سلطة معينة كالأب أو الأستاذ أو رب العمل، وهذا يعكس مستوى طفلياً ويدل على عدم النمو

وعدم النضح وهو نوع من التواكل والاعتدال على الآخرين .

(٨) اللامبالاة في معظم الحالات والرغبة في الاستعراض والاستعراض ،
وذكر مشاكلهم واضطراباتهم للآخرين .

(٩) عدم القلق على حالتهم المرضية فالمصاب بالهستيريا يضحك وكأنه
غير مهتم بحالته وليس لديه اكتئاب وهو متعاون مع الطبيب والأخصائي
لإجراء الفحوص . والصعوبة الكبيرة في التمييز عند التشخيص بين العرض
الهستري المعلي ، وبين التظاهر وادعاء المرض : Malengering لأن
دوافعها عموماً متشابهة وواحدة . وإن المدعي عموماً يعلم ويعي دوافعه
وغالباً ما يرفض العلاج ، بينما المصاب بالهستيريا لا يعرف سبباً لمرضه ويقدم
على العلاج .

النورستانيا : (الشعور بالانهك) : Neurasthenia

يعتبر العالم (بيرو ١٨٨٠) أول من أطلق اصطلاح (نيوراثينيا) على
أعراض هذا المرض . وقد توهم أنه ناتج عن إجهاد يقع تحته الفرد بعد
صراع طويل ، وتتأثر به أعصابه بسبب تغيرات كيميائية تحدث وتصيب
الجهاز العصبي . ودلت الأبحاث المعاصرة أن هذا المرض (غير عضوي) وليس
نتيجة إصابة (للخلايا العصبية) والمريض المجهد بهذا المرض لا يستطيع
مواصلة العمل (لدقائق) ولو وفرنا له راحة طويلة حدية فإنها لن تغني عنه
شيئاً لأن احتياجه الحقيقي هو (الراحة النفسية) التي تمكنه من أداء العمل
دون أي تعب .

فقد تضيق السيدة درعاً بعمل منزلي بسيط وتتعبد منه جداً ، وقد

تنتعش في الذهاب لحفلة أو مسرح أو الاشتراك سفر أو رحلة مها تكن شاقة من حيث الواجبات والمسؤولية، لأن المنزل قد يربطها بذكريات أليمة، وكنت سابق، وتوترات نفسية، بينما يعتبر الاشتراك في حفلة أو نشاطات محالاً يفتح أمامها آفاقاً جديدة.

ويعتبر العالم (فاير ميتشيل) أول من استخدم الراحة والغذاء المناسب والكهرباء كوسائل علاج للنورستانيا ظناً منه أن مركز الضعف هو الجهاز العصبي، أما العلماء العصويون فقد ظنوا أن خللاً عضوياً في القلب أو الأوعية الدموية يجعل الإنسان غير قادر على احتفال المجهود والصعاب.

وحاء فرويد وغيره من علماء التحليل النفسي فقالوا إن النورستانيا هي نتيجة مباشرة للعادة السرية وما تحدثه هذا العادة من ضرر للأعصاب يرافقه الصراع بين الذنب والخطيئة وبين الإقلاع عن العادة.

أما المدرسة السلوكية: Behavioral School فتعتبر النورستانيا سلوكاً مكتسباً ومتعلماً: Learned Behavior فالآباء والأمهات والأجداد يكونون دائمي الشكوى من أقل مجهود يبذلونه، وطبيعي أن يقلدهم الصغار والأطفال لأن الشكوى من التعب تستخدم كوسيلة للراحة، ومع الأيام تتحول هذه الشكاوي الوهمية إلى عادات واتجاهات وأخيراً إلى سلوك مرضي راسخ الحدود. وكثيراً ما نلاحظ الآباء والأمهات يجبرون أولادهم على الإحساس وتوهم التعب والشكوى منه كالنهي الكثير، وصعود السلم، واللعب في الحديقة، وكثرة النشاط.

ولهذا فإن علماء النفس السلوكيين يرون أن النورستانيا أي الشعور بالإجهاد والتعب المرضي؛ إنما هو سلوك مكتسب من البيئة والتشئة الاجتماعية يعمي الفرد من موقف غريب، أو هي عذر للآخرين يعميهم من

بذل المجهود، أو عذر يبرر الفشل في أي عمل. وعلى هذا الأساس تكون الشكوى من التعب عبارة عن طريقة تكيف مستمر وتنتشر حتى تصبح محوراً مريضاً لحياة الشخص اليومية.

وهناك من علماء النفس المعاصرين من يرى النورستانيا كنتيجة لما يعانيه الفرد من قلق نفسي بسبب المواقف الإحباطية التي تتعرض لها رغباته واحتياجاته؛ كالماسة في العمل مع القراء، والتعبية للرؤساء والخضوع لهم، وشعور الفرد بأنه منبوذ وهدف للعدوان، أو أن آماله مصيرها الفشل، وجهوده داهية إلى الضياع، وأن هنالك كثيرين من حوله يحملون له الحسد والحقد والشك، فهذه الأسباب كلها تقوده لحالة من الإنهاك والإجهااد والتعب.

التعريف والأعراض: طبقاً لما تقدم؛ نستطيع القول بأن النورستانيا هي حالة إعياء نفسي، وضعف عام حسي وعصي وقد تصل حالة الفرد إلى الإرهاق والإنهاك التام والتعب: Fatigue + Tiredness

أعراض النورستانيا:

- (١) ضعف عام، وتعب وإعياء لأقل مجهود يبذل جسدياً وعقلياً.
- (٢) ضعف في الروح المعنوية والثقة بالنفس، وشعور بالضيق والتبرم وكثرة الشكوى، وعدم الرغبة في أداء أي واجب أو عمل موكول إلى الفرد.
- (٣) عدم القدرة على التركيز الذهني والعمل، وظهور التردد، وفقدان القدرة على أداء أي شاط إنتاجي مشر.

- (٤) ضعف الذاكرة، والإرهاق العصبي، والاكتئاب والغم.
- (٥) الحساسية الشديدة للضوء والأصوات من أي جانب مهما تكن حميفة حتى دقائق الساعة من حوله.
- (٦) اضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة.
- (٧) الضعف الجنسي عموماً وفي حالات أخرى الشبق الجنسي.
- (٨) الصداع وهبوط ضغط الدم أحياناً: Low Blood Pressure .
- (٩) خوف المريض من مرضه وأحياناً حضور فكرة الموت إليه وهماً.
- (١٠) الإحساس بضربات القلب، ضعف الشهية للطعام، عسر الهضم، الشك الشديد في الناس، حالات الإمساك في المعدة، عدم تحمل الضجيج والأصوات المزعجة، الإسفاف في أحلام اليقظة.

السيكاثينيا (العصاب القهري)

Psychasthenia-Compulsive Neurosis

وتعني باختصار نقص في الطاقة النفسية للإبقاء على التكامل العادي وقد قسم العالم (جانيه) هذه الاضطرابات القهرية إلى ثلاثة أنواع:

(١) المخاوف: Phobias

(٢) الوسوس المتسلطة: Obsessive-Reactions

(٣) الأفعال القسرية: Compulsive-Reactions

(١) المخاوف: الفوبيا هي مخاوف وهمية لا أساس لها في عالم الواقع.

كالخوف من الماء أو من الأماكن العالية، والمرضى لا يعرف شيئاً لها ولا طريفاً للتحكم بها. ويرى السلوكيون بأنها نوع من التعم الشريطي السلبي، انتقلت فيه القدرة على إحداث الاستجابة من المنير الأصلي الطبيعي إلى بعض الظروف التي اقترنت بالمنير الأصلي في حادثة قديمة مر بها المريض في (طفولته). وقد قامت دراسة إكليسكنا كشفت عما يزيد على (ثلاثين نوعاً) من هذه المخاوف وأبرزها ما يأتي:

- ١ - الخوف من الكلاب: Cynophobia
- ٢ - الخوف من المرتفعات: Acrophobia
- ٣ - الخوف من البرق: Astrophobia
- ٤ - الخوف من الأماكن المفتوحة: Agorophobia
- ٥ - الخوف من الأماكن المعلقة: Claustrophobia
- ٦ - الخوف من الناس: Anthrophobia
- ٧ - الخوف من الماء: Aquaphobia

وهناك الخوف من القطط، والشعابين، والبار، والحيوان، والظلام، والجسد الميت، والحصان، والميكروبات، والصاعقة، والزهور وغيرها.

مثال لحالة المخاوف (الفوبية)

تحتفظ ملفات الحالات الإكلينيكية بحالة الضابط (ماكان Macan)، الذي كانت مخاوفه من (الأماكن المعلقة)؛ وقد بصت حالته بأنه كان يصرخ وهو يرباط وفرقه في حديق من الخنادق بالقرب من الخط الأمامي لمعركة

من المعارك الحربية، وسب هذا الصراخ المتكرر أرسل إلى المستشفى أثناء العلاج. وعند التحليل اتضح أن جدته حين كان طفلاً أرسلته لبيع بعض السلع القديمة فذهب الطفل بهذه السلع لرجل كان قد اتخذ له مكاناً في نهاية ممر مظلم، وفي أثناء سيره بالمر الضيق هجم عليه كلب كبير كان ينبج بباحاً شديداً فدعر الطفل؛ واطبع الخوف عنده في (اللاشعور).

ولتطبيق (التفسير السلوكي) على هذه الحالة يمكننا إدراك ما يأتي:
المثير الأصلي الطبيعي في هذه الحالة (نباح الكلب).

الملاسات المصاحبة للمثير الأصلي هي (المكان المظلم الضيق) وفي أي موقف مثير تحدث عادة حيرتان:

أ- حيرة انفعالية (الخوف).

ب- حيرة إدراكية (إدراك العلاقات بين أجزاء الموقف).

والذي حدث بعد فترة من الزمن في هذه الحالة هو التخلص من الحاية الإدراكية أي نسيانها (كتتها في اللاشعور حسب تفسير فرويد)؛ بينما تبقى الخبرات الانفعالية قابلة للتكرار بشكل آلي عن طريق مؤثرات مشابهة. وربما نتساءل؟ لماذا يتم نسيان الخبرات الإدراكية؟ والجواب هو أنها حيرت مؤلة والإنسان بطبيعة الحال ميال للابتعاد عما هو مؤلم.

٢) الوسواس المتسلطة: Obsessive Reactions

وهي نوع من العصاب القهري - السيكاثينيا - وهي عبارة عن الأفكار والخواطر المتسلطة على ذهن المريض والتي يصعب عليه التخلص منها. فالزوجة قد يتسلط على ذهنها أن هناك من يستعد لإلحاق الأذى بروحها

أو بأطفالها. أو قد يتسلط على ذهن المريض صحة سبه إلى والديه. وهذا يكون عند المريض خوفاً يدفعه للوساوس ويقوم ببعض الحركات ليدفع عن نفسه هذه الأفكار كتقلص عضلات العنق والوجه أو ضرب الأرض بالقدم أو غيرها.

وتتسلط الوسواس على الإنسان فالأم تشعر بمجرد تأخر طفلها عن المنزل بأن ثمة خطراً وقع له وتبدأ لديها الشكوك المريبة.

٣) الأفعال القسرية: Compulsive Reactions

وهي نوع من العصاب القهري؛ وهي كالوساوس يقع بها السلوك تحت صورة قهرية إجبارية لا يعرف المريض سببها؛ ولا يكون له خيار فيها.

ومثالها غسل اليدين باستمرار وتكرار، كلما لمس الفرد شيئاً أو صافح شخصاً، أو الاستحمام يومياً عدة مرات، أو بعض حالات السرقة والإجرام وإحداث الحرائق، وبعضها يتصف بالتكرار أو التنازع أو الأفعال المأهضة للمجتمع^(١٥).

العصاب اللفظي والجلجة الكلام: Verbal Neurosis

تعتبر الجلجة عيباً شائعاً بين الكبار والأطفال وتعتبر أسبابها عديدة ومتشابهة ومعقدة. وتعتبر أكثر النظريات شيوعاً أن الجلجة نابعة من جدور نفسية. وتعود بالمصابين بها إلى شعورهم بالقلق وانعدام الأمن في طفولتهم المبكرة. وطبيعي أن يكون القلق نتاج إفراط الأبوين ومغاللتها في رعاية طفلها وتدليله. ومحابة الطفل وإثاره على غيره بالحظوة والاهتمام

ما يؤدي إلى غيرة رفاقه وإذكاء نيران الحقد بينهم. وافتقار الطفل إلى أحد أبويه ورعايته قد يؤثر بظهور اللجلجة، وكذلك الشقاء والمشكلات العائلية أو إجمار الطفل لاستعمال يده اليمنى في الكتابة أو إخفاقه وفشله في التحصيل الدراسي. وهكذا تجتمع هذه الأسباب الخارجية وتؤدي لقيام صراعات انفعالية وتؤدي لانعدام الأمل الداخلي عند الفرد. وحين تمر بالنمى أزمة عصبية شديدة تحاول أن تجد لها متنفساً فإن هذه الثورة تميل إلى عوارض جسمانية.

وتتحد اللجلجة شكلين مختلفين:

(١) حركات ارتعاشية متكررة.

(٢) تشنج موقفي يكون على شكل (احتباس) في الكلام يعقبه انفجار. وقد أشار العالم (فروشلز) في بحوثه بأن التشنج التوقيمي يظهر في وضوح وجلاء بعد بداية اللجلجة بنحو سنة، إذ يبذل المتلعجل عند تحريك عضلاته الكلامية جهوداً ومحاولات فتبدو بوادر الضغط على شفتيه وعصلات الجهاز الكلامي وبذلك تحتبس طلاقة لسانه.

وقد برز حديثاً مجال قائم في ذاته هو العلاج الكلامي Speech Therapy بجانب العلاج النفسي Psychotherapy.

المرض النفسي السيكوباتي ونوعياته

عرّف (دافيد كلارك) الشخصية السيكوباتية بأنها شخصية الأفراد الذين تكون حالات الحلل في سلوكهم ومشاعرهم ظاهرة في تصرفاتهم وفي

طريقتهم في التوفيق بين أنفسهم وبين البيئة. وهم لا يحسنون التصرف ومنهم من يعيش عالة على غيرهم ومجتمعهم ومنهم من يرتكب الجريمة كأسلوب لسلوكهم.

ويؤكد كثير من العلماء أن (المرض السيكوباتي) ناتج من أصل، وراثي ويدلل العلماء على ذلك بما يأتي:

١ - إن الحالات السيكوباتية تستمر مدى الحياة، وتبدأ عادة فيما لا يتعدى فترة المراهقة في أكثر الأحيان.

٢ - يبدو أن الانحراف السيكوباتي إنما يرجع إلى أسباب عضوية جسمية أو وجدانية لم تعرف أصولها بالدقة.

وحدير بالذكر أن السلوك السيكوباتي سلوك غريب وصاحبه لا تنقصه عموماً إلا القدرة على الحكم الصحيح. وإن طائفة السيكوباتيين ليس لدى أفرادها نقص في الذكاء فمذكاًؤهم عادي Average وأحياناً فوق المتوسط ولكن النقص الذي يعانون هو مقدار الذكاء الاجتماعي عندهم Social Intelligence .

وقد صنف (دافيد كلارك) الانحراف السيكوباتي إلى نوعين:

(١) النوع العدواني: وهي المجموعة التي تتضمن المتهيجين في عنف، وكثيري الشجار، والسكران غير المستقرين، وأصحاب المول الساذج وأغلب معتادي الإحرام.

(٢) النوع الناشز غير المتوافق: ويضم المرتكبين للحاح والناشرين على المجتمع الذين يسون مشكلات عائلية واجتماعية وكذلك المتواكليين الذين يعيشون بالقوة والعنف عالة على أمهاتهم وآبائهم أو أقاربهم ومجتمعهم.

تصنيف مورجان لنوعيات الشخصية السيكوباتية:

اتفق العالم (مورجان) مع (بولر، ولاندرز) في تقسيم الانحراف السيكوباتي إلى تسعة أنواع:

(١) النوع الخارج أو الناشز: وأفراد هذه الفئة يظهرون ضعفاً ظاهراً في الحلق؛ مع شعور بعدم الأمان في داخل نفوسهم ويظهر في سلوكهم الفراة المميرة.

(٢) المتجولون: يتصف أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على التحكم في رغباتهم لا سيما رعة الانتقال من مكان لآخر دون سبب واضح، ودون هروب من سلطة القانون لأنهم في الغالب ليس لديهم مرض الإجرام.

(٣) المتعصبون: وهؤلاء قد يكونوا من المصايين (بالارانبوا) ويشمل هذا النوع المصلحين وأصحاب النشاط الديني المتشدد. وهؤلاء يميلون للكفاية الذاتية وهم متشوقون للعظمة، ويتصمون بسرعة الغضب، وليس لديهم من روح المرح شيء يذكر.

(٤) المتعبون المقلقون: ويصعب أن يفهمهم الناس كما يصعب عليهم فهم الآخرين، وليس لديهم إدراك لمشاعر الغير أو رحمة بهم. ويتمرون بالاهتمام بذواتهم فقط، ومواقفهم عموماً عبر احتماعة ومعظمهم مصابون بالارانبوا.

(٥) المجرمون عديمو الشعور: وهؤلاء يفترون أعمالاً عدوانية وفيها عسف ضد أشخاص آخرين أو جماعات دون القدرة على التحكم في اندفاعاتهم، ودون إحساس بالخطأ أو شعور بالذنب.

(٦) السيكوباتيون الانفجاريون: وهم شبیهون بعدي الإحساس من المجرمين، ويوجد لدى هذا النوع بحالات الغضب الانفجاري وقد يتجه السلوك العدواني للفرد نحو نفسه فينتحر.

(٧) السيكوباتيون المكتئبون: الفرد في هذه الفئة لا يقدر نفسه، ويظهر للمستقبل نظرة متشائمة، وكل شيء في حياتهم يهددهم بالخطر، وكثيراً ما يفكرون في الانتحار بسبب كثرة همومهم.

(٨) أصحاب النقص الخلقي: وهم القادرون على القيام بالأعمال المدرسية وغيرها من الأعمال العقلية ولكنهم لا يستطيعون ملأمة أنفسهم لمطالب المجتمع، وهؤلاء الأفراد لا يعرفون ما سمي خطأ أو صواباً لأن سلوكهم أناني لا يراعون فيه حقوق الآخرين أو مشاعرهم أو مصالحهم.

(٩) المرضى بالكذب: وهم الذين يرددون من القصص ما يخرج عن الحقيقة وحدود المعقول. وهم لا يفيدون من ذلك شيئاً سوى الارتياح لغير سبب، وكتابو العرائض الكاذبة.

ويرى كثير من علماء الطب النفسي أمثال (بيرو، وهدرسون، وجلزباي) أن الانحراف السيكوباتي يرجع للوراثة والعوامل الاستعدادية. Hereditary + Inborn ويدعمون رأيهم بالاعتبارات الخمسة التالية^(١١).

١ - الاضطراب السيكوباتي يحدث غالباً في الطفولة المبكرة.

٢ - عندما يتم تكوينه يستمر السلوك السيكوباتي عادة مدى الحياة ولا يقبل العلاج كثيراً.

٣ - ينتشر الانحراف السيكوباتي عادةً بين أكثر من فرد واحد من أفراد الأسرة الواحدة.

٤- إن الشخصية السيكوباتية تقاوم كل وسائل العلاج .

٥- إن الأطفال الذين تبدو عليهم مظاهر الانحراف وعدم التوافق بسبب سيكوباتي تظهر عليهم أعراض ذبذبات بحية معينة كما تقاس بجهاز قياس ذبذبات المخ .

أما علماء البيئة من السلوكيين فإنهم يقرون أهمية فترة الطفولة ولكنهم يرون أن - المؤثرات الاجتماعية: Social Influences تلعب الدور الرئيسي في تكوين الانحراف السيكوسوماتي . وحين تكون هذه المؤثرات هدامة وسلبية فإنها تكون لدى الطفل استجابات غير اجتماعية .

وفي تقديرنا أن ربط الانحراف السيكوباتي بالوراثة قد يكون فيه مبالغة حين نعممه على معظم الحالات، ولا نستطيع إعادته دوماً للوراثة لأننا لم نستطع معالجته؛ ربما يعود ذلك لجهلنا بطرق علاجه . وليس بعيداً أن يكون الانحراف السيكوباتي انعكاساً للمركبات السلوكية المكتسبة: Acquired + Social رغم استعصاء حلها أحياناً في الأساليب العلاجية المعروفة .

ولكي نعطي القارئ صورة واضحة مكثفة عن الشخصية السيكوباتية فإننا نود الإشارة لما ذكره (دافيد كلارك) في دراسته عنها بقوله:

« ... على الرغم من الصورة القائمة للشخصية السيكوباتية فإننا يجب أن نقول إنه يوجد ميل كبير للتحسن في جميع المظاهر السيكوباتية بمرور الزمن، ويساير ذلك رغبة السيكوباتي بعد فترة إلى الاستقرار، وما يظهر على فمه من عودة ذبذباته إلى الحالة الطبيعية . كذلك لا يجب أن يثبنا عن العمل مع السيكوباتي ما قد يبدو عليه من صعوبة إعادته إلى الحالة

الطبيعية وإدماجه في الحياة العادية، وعلاج هذا النمط من السلوك النائر الذي نسميه بالشخصية السيكوناتية والذي يتميز بأنه نائر في مشاعره، نائر في عدوانه العنيف الوحشي، نائر في تحديه لكل علاج بل في تحديه للإنسانية جمعاء».

حواشي الفصل السابع

- (١) الدكتور أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي - دار المعارف بمصر)، ١٩٦٨ ص ٢٥٠؛ يؤكد الرأي بأن علماء النفس حالياً منقسمون إلى معسكر شرقي ومعسكر عربي وله في موقعنا آراء صائبة.
- (٢) راجع الدكتور أحمد عرت راجع: الأمراض النفسية والعقلية - ١٩٦٤ دار المعارف - القاهرة - ص ١٠٢.
- (٣) راجع: الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي: دار مصر للطباعة - القاهرة - ١٩٦٧ ص ٢٠٠.
- (٤) يدعو (فرويد) استجابات المصاب بالعصاب الحقيقي: True Neuroses وهو في نظر فرويد ومعظم علماء مدرسة التحليل النفسي ناتج عن الكبت والسموم الجنسية: Suppression and Sexual Toxins وهناك العصاب النفسي: Psychoneurosis الذي يمتد به فرويد ناشئاً من مصدر عقلي.
- (٥) سيتناول المؤلف أساليب العلاج في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي): تحت الطبع.
- (٦) راجع الدكتور محمد عثمان نحاسي: (علم النفس في حياتنا اليومية) ١٩٧٧ (دار القلم) - الكويت - ص ٤٦٣.
- (٧) راجع الدكتور أحمد عرت راجع (الأمراض النفسية والعقلية) ١٩٦٤ دار المعارف - القاهرة - ص ١٣٥.
- (٨) راجع الدكتور أحمد عكاشة (علم النفس الميريولوجي) ١٩٦٨ دار المعارف - مصر - القاهرة.
- (9) Okashe, A Essentials of Psychiatry The Arab Writer Printing + Publishing House, Cairo, 1967 P P 89-90
- (١٠) راجع: الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٦٧ مكتبة مصر - القاهرة - ص ٢١٦.

(١١) راجع: بوعيات وغادج الأفيربا: للدكتور عطوف محمود ياسين في كتاب [دراسات سيكولوجية معاصرة] ١٩٨١؛ مؤسسة بوفل - بيروت - لبنان.

(١٢) راجع: نفس المراجع السابق: [الأمراض السيکوسوماتية]

(١٣) من أمثلة هذه الشخصية المردوجة شخصية الدكتور حيكل ومسترهايد للروائي المشهور (ر.ل. استيمس) وقصة القس (أسل بورن) من سكان: (رود آيلند).

(١٤) راجع: الدكتور محمد أحمد عالي: القلق وأمراض الجسم - مطبعة الحلوي - دمشق ١٩٧٣ - ص ٤٥٨.

(١٥) سيتناول المؤلف في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي) تفصيلاً للأسباب والنظريات المتعددة في تحليل كل مرض وكل نوع؛ علماً بأن الحال هنا مقتصر على عرض شامل للنوعيات. وسيتضمن الكتاب القادم:

- الاتجاهات النظرية المحتملة لتفسير المرض النفسي، والعقلي.

- أساليب العلاج للأمراض النفسية والعقلية.

(١٦) راجع الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر - القاهرة: ١٩٦٧: ص ٢٦٩.

الفصل الثامن

اضطرابات الشخصية

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد .
- المعايير المميزة في اضطرابات الشخصية .
- (١) المعيار الإحصائي . (٢) المعيار المثالي التحليلي .
- (٣) المعيار الاجتماعي . (٤) المعيار الطبي النفسي .
- تعريف اضطرابات الشخصية .
- نوعيات اضطرابات الشخصية (النمط - السمة - العلاقات) .
- اضطرابات في (نمط) الشخصية .
- (١) الشخصية العاحزة . (٢) العصابية - الاضطرابية .
- (٣) الشخصية الدورية . (٤) الشخصية البارانونية - الهيلانية .
- اضطرابات في (سمة) الشخصية :
- (١) العصابية . (٢) غير المتزنة انفعالياً .

- (٣) السلية - المدوانية (٤) القهرية .
- (٥) الهسترية . (٦) الوسواسية .
- اضطرابات سيكو- سبيولوجية:
 - (١) الشخصية الاجتماعية . (٢) الانحراف الجنسي .
 - (٣) الإدمان على الكحول . (٤) الاستجابات الاجتماعية .
 - (٥) الإدمان على المخدرات .
- اضطرابات سلوكية- اجتماعية:
 - (١) سوء التوافق المهني والعائلي والاجتماعي والشخصي .
 - (٢) اضطرابات الغداء .
 - (٣) اضطرابات التبول والإخراج .
 - (٤) اضطرابات النوم .
 - (٥) اضطرابات في السلوك الظاهر كالطالة والحساح والحريمة .

الفصل الثامن

[اضطرابات الشخصية]

Personality Disorders

تمهيد: ليس من السهل أو اليسر الفصل الدقيق بين الشخصية السوية والشخصية الشاذة وذلك لاختلاف معنى الشذوذ والسلوك السوي بين مجتمع وآخر وحضارة وثانية وعالم وآخر . وقد أشار (جوردن آلورت: G.Allport) بأنه تم الوصول إلى (١٨٠) تعريفاً نوعياً للشخصية. ويمكننا تحديد المعايير التي تميز الشخصية الشاذة عن الشخصية السوية بأربعة معايير أساسية^(١):

(١) المعيار الإحصائي: Statistical Criterion .

(٢) المعيار المثالي التحليلي: Analytic Criterion

(٣) المعيار الاجتماعي: Social Criterion

(٤) المعيار الطبي النفسي: Psychomedical Criterion

المعايير المميزة في اضطرابات الشخصية:

١ - المعيار الإحصائي: ويرى هذا المعيار أن السوي بوجه عام هو من لم ينحرف كثيراً أو إطلاقاً عن المتوسط Average فم من بلغ طوله ثلاثة أمتار

يعتبر شاذاً، وكذلك ذو القوة الجسمية الخارقة أو الذكاء العبقري، أو ضعيف العقل أو ذات الجبال الصارخ أو القبح أو المجنون أو المجرم. وإن هذا المعيار في علم نفس الشواد يقتصر عادة على الانحراف الطاهر في الناحية السلبية فقط فيضم ضعيف العقل لا العبقري، والمصابي أو الذهاني لا الشخصي ذو الشخصية الناضجة المتزنة. ويوجد لهذا المعيار اختبارات ومقاييس، ويعتبر هذا المعيار أن الشواد الأعظم من الناس أسوياء وأن الشواد المنحرفين هم القلة القليلة.

٢ - المعيار المثالي التحليلي :

يرى هذا المعيار أن السوي هو الكامل، أو ما يقرب منه بقوة الإبصار السوية ليست قوة الإبصار المتوسطة بل الكاملة. هذا هو المعيار الذي يتجه إليه أتباع مدرسة التحليل النفسي من منطلق هو: « ليست هناك شخصية سوية » وهذا التحاه معاكس للمعيار الإحصائي ويركز على المرض والشذوذ.

٣ - المعيار الاجتماعي: يرى هذا المعيار أن السوي هو المتوافق مع المجتمع، أي من استطاع أن يجاري قيم المجتمع ومعاييره وقوانينه وأهدافه.

وفي تقديرنا أن ثمة قصوراً وعيوباً في كل معيار وكل واحد منها يكمل الآخر ويتمم نقصه. فالمعيار الإحصائي لا يخلو من عيوب طاهرة لأنه يجمع بين ضروب من السلوك الطاهر دون اعتبار لأسبابها. فهو يجمع بين هذيان المجنون الذي يعتقد (أبه بابلين) أو أن جميع الناس يصطهدونه ويكيدون له، وبين هذيان الإنسان الدائئ الذي يعتقد أن اسه مات نتيجة سحر ساحر أو أن رب القيلة يرتاب منه ويكيد له. فرغم ما بين هذين السلوكين

من تشابه طاهري إلا أنها يختلفان كل الاختلاف من حيث أسبابها .
وهكذا نلاحظ أن الانحراف ذاته من - منظار الطب النفسي - لا
يجعل السلوك شاذاً لذاته، وإنما الذي يجعل السلوك شاذاً هو سبب
الانحراف .

ومن عيوب (المعيار الاجتماعي) - في اعتقادنا - أنه يختلف من حضارة
إلى أخرى . فكشف العورة علانية في الطريق أمر اعتيادي لدى بعض
الشعوب البدائية أو القبائل المعاصرة . لكنه في إطار - الحضارة
العربية - سلوك شاذ تعاقب عليه القوانين . والانتحار في الحضارة الغربية
مؤثر لاضطراب نفسي أو عقلي ولكنه في اليابان ظاهرة اعتيادية في بعض
الظروف ، وهل تسليمنا المطلق بالمعيار الاجتماعي يجعل الفرد متقاداً
للجماعة حتى لو اتفق جميع الأفراد على استعمال المخدرات أو الإدمان على
الكحول أو العراء كسلوك عام ؟

٤ - المعيار الطبي النفسي : يرى هذا المعيار أن الشخصية الشاذة ما يعود
أساس انحرافها إلى صراعات نفسية لا شعورية ، أو تلف في الجهاز العصبي .
ومن مزايا هذا المعيار أنه يمكن تطبيقه على أي مجتمع وأنه يتفادى عيوب
المعيارين الإحصائي والاجتماعي ، ولكنه ليس كاملاً بمفرده .

وفي تقديرنا أن الشذوذ والسلوك السوي يتداخل بعضهما في بعض ،
بحيث لا يمكن تحديد (الحد الفاصل) بينها في بعض الأحيان تحديداً حاسماً ،
غير أن هناك طرازاً من الشخصية الشاذة لا يرقى الشك إلى شذوذها وذلك
لما تتسم به من سمات ناثولوجية - مرضية ملحوظة .

تعريف اضطرابات الشخصية :

هي الاضطرابات التي تتضمن انماط الشخصية. أو سماتها، أو علاقاتها بالمجتمع أو اضطرابات فيزيو - شخصية وظيفية.

نوعيات اضطرابات الشخصية:

(١) اضطرابات في نمط الشخصية: Disorders of Type

أ- الشخصية العاجزة: Inadequate

ب- الشخصية الفصامية الانشطارية: Schizoid

ج- الشخصية الدورية: Cyclothymic

د- الشخصية البارانونية الخيلائية: Paranoid

(٢) اضطرابات في سمة الشخصية: Form

أ- العصابية: Neurotic

ب- غير المتزنة انفعالياً: Instable Emotionally

ج- السلبية - العدوانية: Passive- Aggressive

د - القهرية: Compulsive

هـ - الهستيرية: Hysterical

و- الوسواسية: Obsessive

٣ - اضطرابات سيكو - سيولوجية: Psycho- Social

أ - الشخصية ضد الاجتماعية: Anti- Social

ب - الانحراف الجنسي: Sexual- Deviation

ج - الإدمان على الكحول: Alcohol- Addiction

د - الاستجابات اللاإجتماعية: None- Social

هـ - الإدمان على المخدرات: Drug- Addiction

٤ - سوء التوافق المهني في العمل، أو سوء التوافق العائلي أو الاجتماعي أو الشخصي.

٥ - اضطرابات الغذاء .

٦ - اضطرابات التبول والإخراج .

٧ - اضطرابات النوم .

٨ - اضطرابات في السلوك الظاهر كالسلطة والتمرد والاسحاب والمشاكة والانتحار والجريمة والجناح وغيرها^(٢)...

بعد هذا العرض الموجز الشامل لأبرز الاضطرابات التي تتعرض إليها الشخصية نود أن نتناول - فقط - أكثر هذه الاضطرابات خطورة وإلحاحاً في المجال الإكلينيكي .

١ - اضطرابات في غط الشخصية:

أ- الشخصية العاجزة: Inadequate Personality

ويتسم أفراد هذه الفئة بنمط دائم من الفشل والعجز المزمع عن الوفاء بمطالب الحياة اليومية. وحياتهم عبارة عن سلسلة من المشكلات التي لا يمكن حلها بكفاية. وهم ليسوا ضعاف عقول وليس لديهم أية عاهة جسمية وإنما هم فاشلون في الارتفاع إلى مستوى قدراتهم التي يمتلكونها فعلاً. ويتسم سلوكهم عموماً بالأحكام الضعيفة والسخف وعدم القدرة على التكيف. ويفتقر نمط حياتهم للتبصر والتخطيط والمثابرة. فالطاقة واهنة، والدافع ضعيف، والمهدف عاتم. ومعظمهم يوجدون في ملفات البطالة أو السجون أو قطاعات المجتمع الفقيرة ذات الدخل المحدود.

ب- الشخصية الفصامية الانشطارية: Schizoid

وتتسم بالابتعاد عن الغير وعن القدرة على الاندماج في علاقات شخصية مع الآخرين، والابتعاد عن الاحتكاك المباشر بالحياة. وفي هذا النمط من الشخصية جموح في أحلام اليقظة والتفاف حول الذات، وتعويض وإشباع في تخيلات بارانوية. يزداد عند هذه الشخصية الخوف والجنون وتجنب المنافسة. وفي مرحلة الطفولة نجد أفراد هذه الفئة يتسمون بالإطاعة الشديدة، والحجل المفرط، والحساسية الزائدة، والانسحاب الكامل، والانطواء. وتكون بداية المرض في مرحلة البلوغ.

ويتسم سلوك أفراد هذه الفئة بأطوار غريبة ومثالية بعيدة عن الواقع فإذا أُلْعوا كتباً فإنها لا تنشر وإذا احترعوا شيئاً فإنه لا يعترف أحد به.

ويعتبرون شخصيات فصامية قبل الذهانية. وحين تتحول الشخصية الفصامية Schizophrenic إلى ذهانية Psychotic يصبح شفاؤها وعلاجها صعباً وصعباً. ونادراً ما يوجد لدى هؤلاء الأفراد أي دافع عاطفي.

ج - الشخصية الدورية: Cyclothymic

وهي اضطراب في (نمط الشخصية). ويتم أفراد هذه الفئة بانسباط ومودة شديدين حتى يبدو للناس أنهم عاديون وكثيرون السخاء والنشاط والكرم في كل مجال، وسرعان ما تنقلب حالتهم إلى هياج وغضب بمجرد أن يصادفوا شيئاً يعرقل رغباتهم ودوافعهم.

أما مراجعهم فهو سريع التقلب من مرح وسعادة إلى حزن وكآبة راجعة - لعوامل نفسية داخلية - أكثر من كونها - مؤثرات خارجية - ولا يوجد في هذه التقلبات المزاجية أية جواب ذهانية ولكن حين تشتد تتحول إلى استجابات الهوس والاكتئاب المتقلبة^(٣).

د - الشخصية البارانونية: Paranoid

وتتم هذه الشخصية بالحساسية المفرطة في العلاقات الشخصية وتميل لإسقاط الشك والحسد والغيرة الشديدة على هذه العلاقة.

والشخص المصاب بالبارانونية هو عموماً شرس في سلوكه ويعاني صعوبة في التعامل مع الآخرين ويواجه الإحباط بالقوة والعدوان ويوجد بينهم الكثير من السياسيين أو أدعياء الإصلاح والمبادئ. وقد يدفعهم الضغط الشديد إلى دهان بارانوني، وتعدد أنواع البارانونيا من اضطهادية إلى

تفاخرية متعاطمة وتكثر فيها الهذات. وستعرض الحديث مفصل حولها في الفصل القادم (التاسع) مع الحديث عن الأمراض العقلية من دها، وفصام، وغيرها.

٢ - اضطرابات في سمة الشخصية:

أ- الشخصية العصابية: **Neurotic** وتسم بالتوتر، والتغير المزاجي السريع، وسرعة الغضب، والحساسية المفرطة، وعدم الشعور بالأمن النفسي. تعيش في الواقع ولكنها من الداخل مقيّدة بصعط شديد أشه ما يكون بسجن داخلي. الخلل فيها جزئي وليس في كامل الشخصية. وتعاني أحيانا فهماً وتفكيراً بطيئين، وتتم سلوك جامد ومتكرر لا تحديد فيه، وسرعة في الملل والضيق، وتشتت في الذهن وعدم قدرة على التركيز وضعف إرادي عام. ومع ذلك فالشخصية العصابية تتعاون للعلاج ولا ترفضه كما هي الحال في الشخصية الذهافية.

ب- الشخصية غير المتزنة انفعالياً: **stable Emotionally**

وتشمل فئة الأفراد الذين يندمجون في حالات انفعالية شديدة بمجرد وقوعهم تحت ضغوط خفيفة. يحسون الجدل والاشاكة، ويطير صوابهم في حالات الحوادث والكوارث ويصابون بنوبات هسترية. علاقاتهم بالآخرين تتصف بالتقلب والهوائية. وفي حالة الهياج الانفعالي تتعطل أحكامهم وينهار عندهم الضبط الإرادي، ويطلق عليهم لقب السيكوباتيين غير المتزنين انفعالياً.

ج - الشخصية السلبية - العدوانية: Passive- Aggressive

وترتبط بهذه الشخصية ثلاث سمات وهي:

(١) النمط السلبي الاتكالي: The Passive dependent type

(٢) النمط السلبي العدواني: The Passive aggressive

(٣) النمط العدواني: The aggressive type

وقد نرى أحياناً الأنماط الثلاثة عند نفس الشخص.

ويتسم أفراد هذه الفئة عموماً سلوك يشبه سلوك الأطفال، ويبدو لديهم المعجز وعدم القدرة على حسم الأمور. وتضايقهم المسؤولية ويصابون بالدعر والقلق فهم في حاجة ماسة للسند العاطفي القوي في كل المواقف. علاقاتهم الإنسانية بالآخرين هي ذات (طرف واحد) لا تشعهم ولا تشع الآخرين. ومنهم من يتصف بالروح العدوانية، وتظهر كراهيتهم في العبوس والتجهم والعناد ويقومون بالمقاومة السلبية والمساورات المعرقة الحيشة. ومنهم من يتدمرون بشكل مرضي ويأخذ الإفصاح عن عدوانهم شكل نشر الشائعات والامتلاء بالحقد والصغينة وليس لديهم أي نصح شخصي أو ضغط إرادي.

د - الشخصية القهرية: Compulsive- Personality

يتصف أفراد هذه الفئة بالدقة والتنظيم إلى حد مفرط، وضمير قاس في التسك بالمعايير الاجتماعية والحلقية مما يضايق الكثيرين من حولهم. وتبرز المشاكل بوضوح في علاقاتهم الشخصية بالآخرين. وهم يميلون لفرص

معايير على الآخرين مما يسبب للناس الصيق والكدر منهم . وهم يتشابهون في سلوكهم مع العصابين القهريين .

هـ الشخصية الهستيرية: Hysterical

ويتصف أفراد هذه الفئة بعدم الاستقرار الانفعالي، والنوبات الهستيرية، والتقلُّب المزاجي، والتوتر، وهم عاجزون عن مواجهة مشاكل الحياة وهاربون من المسؤولية. اتكاليون على غيرهم ومتلهفون للمطف من غيرهم. عقلهم خفيف ويتسمون بالامبالاة.

و- الشخصية الوسواسية: Obsessive

يتسم أصحاب هذه الفئة بتسلط أفكار وسواسية غريبة على عقولهم كوجود أشخاص يضعون لهم السم في الطعام وهذه الوسواس نوع من العصاب القهري لا خيار للإنسان بها لأن المريض لا يعرف لها سبباً.

٣- اضطرابات سيكو - سيبيولوجية:

أ- الشخصية ضد الاجتماعية: Anti-Social. ويصنف مع هذه الفئة أولئك الذين يهملون المعايير الاجتماعية ويعاونون صراعاً مع القيم وكثيرون منهم يتحولون إلى لصوص ومتشردين ومحترفين للدعارة. ويديون بالولاء فقط لمجاعتهم الصغيرة الخارحة على تقاليد المجتمع وأعرافه. ويرى معظم علماء النفس أن سلوكهم المضاد للمجتمع ليس ناتجاً عن عجز في بناء شخصيتهم وإنما ناتج عن دروس وأنماط سلوكية تعلموها من البيئة والأسرة والمجتمع الذي عاشوا فيه

ب- الانحرافات الجنسية: Sexual Deviations

تعتبر الغريزة الجنسية من أقوى الدوافع في سلوك الفرد وشخصيته، ومن أكثرها أثراً في سلوكه وصحته النفسية. وتلعب العوامل النفسية دورها في هذا الدافع كما تلعب العوامل العضوية ولا سيما الهرمونات التي تفرزها الغدد الجنسية.

والانحراف الجنسي هو السلوك الذي يستهجنه المجتمع ويتعارض مع قوانينه ومعاييره وأعرافه. وهناك من العلماء من يربط هذه الانحرافات بحالات عصبية، أو صراعات لاشعورية يعانيها الفرد وتبدأ لديه منذ طفولته.

والذي يهنا في هذا المجال استعراض أهم هذه الانحرافات التي تزيد في العصر الحديث على (عشرين نوعاً):

(١) الجنسية المثلية: **Homosexuality** وهو ميل جنسي قوي عند الفرد إلى فرد آخر من نفس الجنس. وقد يكون هذا النوع من الحب الحسدي متبادلاً وقد يمارسه طرف واحد كما يقوم على الاهتمام بشخصية الفرد الآخر أو عمله. ومن أفراد هذه الفئة من يشعر بخوف ودعر وتقزز من أفراد الجنس الآخر وتكون مشكلته أعمق. وحين تنتشر هذه العلاقة الانحرافية بين الذكور يطلق عليها - اللواط - وحين تنتشر بين الإناث يطلق عليها - السحاق - أو (اللبانوية) **Lesbianism**.

(٢) الفتيشية: **Fetichism** ويكون فيها موضوع الحب (الأدوات) التي يستخدمها الجنس الآخر كالملابس الداخلية أو المندبل أو حالة الثديين أو

قطعة من الثياب كالجوارب أو القميص. فمصدر اللذة هنا هو الرمر وليس الشخص.

(٣) السادية: **Sadism** وهو نوع من الانحراف الجنسي لا يستطيع الفرد إشباع رغبته الجنسية إلا بإيلاء الآخرين؛ وقد يكون التعذيب تهديداً ضرورياً للإرضاء، أو إشباعاً لرغبة الطرف الآخر. وفي بعض الحالات يكفي التعذيب وحده للظفر بالنشوة الجنسية.

وقد يكون التعذيب حسدياً أو نفسانياً. فقد يتناول الشتم أو الإهانة والإذلال والتحقير أو الصرب بالسياط أو العصا أو الوحر بالإبر، أو إسالة الدم أو تشويه الجسم إلى حد القتل.

وقد يكون بطريقة الاغتصاب الجنسي وغيره، ويبدو هذا الانحراف عموماً أكثر شيوعاً بين الرجال وقليل ما يوجد عند النساء.

(٤) الماسوشية - الخضوعية: **Masochism** وهو نوع انحرافي يمثل صاحبه دور الخضوع بالتألم على يد شخص آخر (عكس الحالة في السادية)، ويربوي الشخص هنا ويشع إذا قاسى الألم ويقال عنه (ماسوكيست: Masochist) وهؤلاء يشعرون بالحاجة لعقاب أنفسهم وهو عموماً انحراف نسائي.

(٥) الاستعراض والاستعراء: **Exhibitionism** هناك نوع من الأفراد المنحرفين لا يجدون لذة إلا في حالة العراء والاستعراض لأحسادهم أو أحسادهم أمام الآخرين كشكل من أشكال إثبات الذات.

(٦) العنة أو الارتخاء العناني: **Impotence**

وهو حسة حسية تصيب بعض الرجال حيال بعض النساء مع وجود

الرغبة عند الفرد، وقد تكون كلية أو جزئية. ففي الأولى يتحاذل الرجل حيال كل امرأة، وفي الثانية حيال فريق خاص من النساء؛ وقد تكون أسلوباً للانتقام من المرأة لسوء معاملتها له. ويتخذ هذا العيب أشكالاً متعددة، فحين يكون ضعفاً وارتخاء يطلق عليه: Impotency وحين يكون (قدفاً سريعاً) يطلق عليه: Pre-Mature Ejaculation وهو القذف المبسر. ويقابل هذا العيب عند النساء (مرودة المرأة): Frigidity أو تشنج المهمل وتلك حالة على غاية من الصعوبة لا يجد الرجل بها أي تحاوب من المرأة، وقد تظهر المشكلة شكل معاكس هو (الشبق الجنسي أو الجنون الجنسي) الذي يوجد عموماً عند النساء ويطلق عليه: Hymphmania وعند الرجل ويطلق عليه: (الدموية الجنسية) Satyriasis .

ويربط علماء النفس بين مشكلة العنة والبرود الجنسي والقذف السريع والجنون الحسي تحليل يرتبط في الجهاز العصبي والهرمونات والعدد والصراعات النفسية للفرد مع عائلته ووالديه وطفولته. ويرون بأن العلاج النفسي هو من أهم وأصح طرق علاجها والتعلب عليها.

(٧) النرجسية والانغماس في الإشباع العضوي للفرد Narcissism

النرجسية هي حب الفرد لذاته وحده والانغماس في ملذاته الجسدية، والإعجاب في رؤية الجسم على المرأة عارياً ومعارلته والإعجاب بكل شخص مشابه له في الجسم والملابس. وتنعكس النرجسية بأشكال عديدة كمص الإيهام وقضم الأظافر، ومصغ اللسان أو الدخان، ومصصة الشفاه وعصها أحياناً وكلها تعبير عن صراعات عصابية لا شعورية، ويعويص عن رغبات مهرومة غير مشبعة.

(٨) العكس الجنسي والقلب الجنسي: The Opposite Sexual Role

القلب الجنسي هو حالات يأخذ الفرد فيها بمميزات الجنس الآخر فالذكر قد يلعب (دوراً حنوياً) حين يجد نفسه فحاة وسم الشكل، ناعم البشرة، شديد البياض، حلو التقاطيع، ناعم الصوت، ضيق الكتفيس، جذاباً، أقرب إلى طبيعة الأنثى منه إلى طبيعة الذكر، حتى أن بعضهم يلبسون ملابس النساء ويرتدون (الشعر الاصطناعي) على رؤوسهم ويضعون (المكياج والعطور) حتى يصعب على الإنسان تمييزهم عن أي أنثى حتى في الأعمال المنزلية والأنتوية.

والأنثى تلعب (دور الذكر) لا سيما حين تحد نفسها بيولوجياً مفتولة العضلات، خشنة الصوت وتلعب الهرمونات والأجهزة الغددية والعصبية دوراً جوهرياً في هذا العكس الجنسي.

(٩) حب الحيوانات: Animals' love

يندفع الفرد في هذا الاتجاه لانعدام القدرة لديه على التوافق في الحب البشري - الطبيعي. وتزداد هذه الظاهرة انتشاراً في المجتمعات الغربية التي لا ترى عيباً في محبة الكلاب والقطط حماً حديداً وحنسياً. وقد صورت المجلات والأفلام حول هذا النوع من الانحراف، الغريب في - حضارتنا - والطبيعي في - حضارات أخرى - صوّرت صوراً تتقرر منها النموس، حتى وصل الحب النسائي للكلاب في الغرب ما يفوق حبهن لأطفالهن وأزواجهن.

وأقيمت للكلاب المعارض الخاصة، والمسارح، والصالات والمؤسسات،

والنوادي، وحتى المقابر الخاصة عند موتها. وفي تورونتو بكندا مؤسسة
للعناية بالكلاب وصلت ميزانيتها السنوية إلى ٥,٠٠٠,٠٠٠ دولار.

(١٠) العلاقات الجنسية الجماعية والزواج المفتوح: Group Sex and The Open Marriage

شاعت في السنوات العشر الأخيرة في أوروبا والولايات المتحدة
وأستراليا ظاهرة اللقاءات الجنسية الجماعية بين أصدقاء الزوجين نظام
(الزواج المفتوح)^(٤) وحارج نطاق الأسرة بين الأصحاب والصاحبات، وبين
الأب وابنته والأم وابنها، وضاعت حقيقة النسب للابن إلى أب شرعي أو
نسب الست إلى أم شرعية، ويشبه هذا النظام (نظام السفاح) الجاهلي الذي
كان متشراً في الحرية العربية قبل الإسلام. وأصبحت الظاهرة الجماعية
جنسياً: Group Sex نمطاً حديثاً للتحرر في منظار الحضارة الغربية، وقد
انتشر في الولايات المتحدة وكندا ما يزيد على (٣٠٠) نادٍ للمرأة يتركز
معظمها في كاليفورنيا وفلوريدا.

(١١) الجنس الأورلي والحب اللساني: Oral Sex

يعتبر هذا النوع من الانحراف - سلوكاً اعتيادياً - في إطار الحضارة
الغربية شرقية كانت أم غربية. ويستعمل فيه الرجل والمرأة اللسان كأداة
للحصول على اللذة ويطلق على هذه الطريقة (الطريقة الفرنسية) في الحب.
وتشارك الحيوانات في هذا الأسلوب في معظم الحالات. وثمة انحرافات
جنسية عديدة بدأت الحضارة الغربية بتصديرها إليها خلال وسائل الإعلام
وأدوات الثقافة والأفلام وعشرات الجسور الأخرى. وما لم يرود أطفالنا

وشبابنا في الوطن العربي بتنشئة اجتماعية علمية ونفسية فإن العاقبة وخيمة.

وقد أشار الدكتور محمد عثمان محاتي في كتابه: علم النفس في حياتنا اليومية،^(٥) إلى بعض الاستنتاجات التي توصل إليها علماء متخصصون أمثال: (كينزي، وجونسون، وماستر Kinsy, Jhonson + Master)، حول الانحرافات الجنسية في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي تتلخص بالتالي:

(١) إن النشاط الجنسي في الولايات المتحدة يتراوح من حيث عدد المرات بين (٠-٢٩) مرة أسبوعياً.

(٢) تبين أن (٥١٠٠) رجل من أصل (٥٣٠٠) رجل بحث حالاتهم الجنسية واعترفوا بأنهم زاولوا العادة السرية Masturbation، وهذه النسبة تصل إلى (٩٠-٩٥%) من العينة المدروسة.

(٣) إن (٥٠%) من الرجال الذين درست حالاتهم اشتركوا في عمليات (جنسية مثلية).

(٤) إن (٤٠-٥٠%) من الرجال الذين كانوا يعيشون في الريف قاموا بنوع من الاتصال الجنسي مع الحيوانات.

وفي تقديرنا أن (السرطان الحديد) الذي بات يهدد أوروبا وكندا وأستراليا والولايات المتحدة الأمريكية هو ظهور حركات قوية لمسطحات الشذوذ الجنسي في لندن وباريس وبون وكوبنهاغن واستوكهولم وروما، وفي شيكاغو ونيويورك ومونتريال وأوتوا وتورونتو وسان فرانسيسكو ولاس أنجلوس، وأصبح لهذه المسطحات أعضاء في البرلمان ووزراء في الحكومات، ومراكز وقوانين ومحلات وسواها ومطاعم ومدارس خاصة بهم.

ويطلق على هذا (السرطان الاجتماعي):

The Gay Liberation Movement

The Lesbian Liberation Movement

ويشير العالم (ماستر: Master) بأن عدد النوادي الخاصة في منظمات الشذوذ الجنسي في نيويورك وحدها وصل إلى (٤٦٥) نادياً وفي سان فرانسيسكو إلى (٢٥٠) نادياً. وتلك ظاهرة بدأت تمتص حركة تحرير المرأة في أمريكا من حطها النظيف إلى طريق منحرف:

Woman Liberation Movement.

وبدأ النساء يطالسن بعدم زواج الرجل لأن بإمكانهن التمتع باللذة مع بعضهن ولم يعد هناك حاجة للأولاد نظراً للتطورات المعقدة لهذا العصر. وكرد فعل لهذا الاتجاه ظهرت حركة جديدة لتحرير الرجل:

Man Liberation Movement.

لترد على ادعاءات المرأة الأمريكية وتحرر الرجال من سطوتها.

وتلك صورة مصعرة أمام الوطن العربي وأبنائه لما تعانيه الحضارة الغربية من (تصدعات) وانحرافات، على الرغم من التقدم العلمي والتكنولوجي المذهل الذي وصلت إليه.

ويؤكد معظم علماء التحليل النفسي بأن الانحرافات الجنسية عند الكبار ما هي إلا الجنسية الطفلية مضخمة ومفككة إلى عاصرها ومكوناتها الحرجية. فالشخص الكبير المنحرف شخص ظل موضوعه الجنسي طفلياً.

بينما يرى السلوكيون بأن الانحرافات الجنسية هي سلوك متعلم من البيئة والمجتمع والأسرة والمدرسة والمحيط. ولو أحس المربون عمليات التنشئة الاجتماعية الصحيحة لكان بإمكانهم أن يتداركوا هذه النوعيات من التصدع والزلل.

ويرى علماء آخرون أن الانحراف الجنسي يأخذ طابع التثبيت في الشخصية: Fixation الذي ينجم عن أحد أمرين:

(١) الإشباع الشديد للفريرة في مرحلة الطفولة، إشباعاً فمياً Through The Mouth يجعل الطفل يجد صعوبة في التخلي عنها أو يجعله يحن إلى العودة إليها حين يكبر.

(٢) كبجها كبجاً شديداً بما يؤدي إلى كبجتها ثم ظهورها على شكل انحرافات فيما بعد.

ويضيف علماء النفس الفيزيولوجي عامل الاضطراب الهرموني في الغدد أو الأعصاب. ومهما تكن الأسباب فإن الانحرافات الجنسية بما يحيط بها من مخاوف وبما تحتويه من صراعات لا شعورية إنما تعتبر من أخطر مشكلات الحضارة الحديثة التي عزلت العوارق من حيث (الدور الاجتماعي: Social Role) فأصبح من العسير التمييز بين دور المرأة التي تركت المنزل وانخرطت في العمل والصناعة وبدأ الرجل يمثل في الحياة دوراً جديداً يختلف فيه عما كان عليه سابقاً. ولهذا تشير عالمة الشهيرة الأنثروبولوجية (مرغريت ميد) M. Mead إلى أن (مشكلة الدور) هي التي ولدت وتولد الانحرافات الجنسية ويؤيدها بذلك العالم الشهير (إريك فروم E. Fromm).

وطبيعي أن تلتقي أعراض الانحرافات الجنسية مع أعراض العصاب

لوجود التشابه بينها من كسب الدوافع والحاجات الأساسية للمرد، وظهر حالات التوتر وردود الأفعال.

جـ - الإدمان على الكحول: Alcohol Addiction

الإدمان على الكحول اضطراب من اضطرابات الشخصية في نظر علماء النفس ووسيلة للتنفيس عن الكسب والكآبة والضيق. ويحدث أحياناً كمرض لاضطراب عقلي دون وجود ذهان أو عصاب لأنه في حد ذاته اضطراب في الشخصية وتقدر الإحصائيات أن عدد المدمنين في الولايات المتحدة على الكحول لعام ١٩٧٣ قد وصل إلى ٣,٠٠٠,٠٠٠ شخص بين ذكر وأنثى من مختلف الأعمار وأصبح سبباً رئيسياً في غياب العمال عن أعمالهم وظهرت الحوادث الصناعية من اصطدام إلى حرائر كبيرة. وبالتالي تحولت هذه المشكلة إلى مشكلة اجتماعية حادة تهدد العائلة بالتفكك الكامل. وقد كان سائداً بأن إدمان الخمر يتحول إلى عادة متسلطة فهناك تفسير فيزيولوجي وفطري، وظروف حسية مرتبطة بالأنسجة وعوامل اجتماعية من صدمات وصراعات وعوامل سيكولوجية يرى الفرد خلالها بأن - الكأس - هي النفس الوحيد أمامه.

وقد أثبتت الدراسات الحديثة بأن تأثير الكحول في البداية يبعث في الجسم نوعاً من التنبيه والإثارة وسرعان ما تتحول الإثارة إلى ارتباك وكآبة لارتفاع نسبة الكحول في الدم وارتباطها في إحداث التهييط في مراكز المخ العليا وبعد ذلك تؤثر الكحول على مراكز التأزر الحركي العصبي وقد يؤدي لفقدان القدرة على الكلام أو اللجلجة ولكل فرد طاقة حسية خاصة به لإحداث الردود على الإدمان. إن الذاكرة والانتباه

والحساسية والتوازن كلها تتأثر حتماً بالكحول.

وقد قسم العالم (ميري Murphy) في دراسته عن المدمنين أفراد هذه الفئة إلى نوعين^(١):

(١) المتعاطين الأساسيين: Essential Alcoholics.

(٢) المتعاطين المستجيبين: Reactive Alcoholics.

فالمدمن (الأصلي) يبدأ الشرب ويعاني التسمم الكحولي في عمر مبكر نسبياً. أما (المستجيب) فليس لديه تاريخ طويل للتسمم المبكر والمتكرر وهو يشرب الكحول في -المناسبات الاجتماعية. وتوجد اختبارات طبية سيكولوجية للكشف عن انتشار الكحول في الدم ومعرفة أبعاد المشكلة ودرجة شدتها ومدى عمقها. وتتولى العيادات والمستشفيات القيام بذلك. وبظراً لأن إدمان الكحول من المشكلات الحضارية الأولى في العرب فقد ظهرت هيئات ومؤسسات اجتماعية كمؤسسة (المدمن المجهول): Alcoholics Anonymous لمساعدة المدمنين في التخلص من مشكلتهم وإيجاد برامج علاجية وتأهيل مهني لهم مع الرعاية والتثقيف والتوجيه. واستطاع هذا البرنامج الشائع في أمريكا وكندا وأستراليا وبريطانيا النجاح بسنة ٥٠-٧٥% من الحالات التي يقوم بالاهتمام بها ولكن المشكلة تظل قائمة في الأسرة والبيئة والمجتمع. ولا سيما حين ترفض المستشفيات استقبال هؤلاء المدمنين وتغص بهم وهن المؤسسات فصيح البديل الوحيد إرسالهم إلى (السجون) وهناك تزداد المشكلة حدة وتزعزع وتسمو من جديد.

ويعتبر (مركز كلارك) في تورنتو وكندا و (مركز ييل) Yale بأمريكا من أعظم المراكز لدراسة شؤون الإدمان على مستوى علمي رفيع وتخطيط برامج العلاج والرعاية لأفراد هذه الفئة.

د - الاستجابات الاجتماعية: Anti-Social :

يعكس هذا النمط من السلوك عموماً ضعف الحكم وعدم المضج الانفعالي وعدم تقدير نتائج السلوك ويتضمن حوادث الجناح والسرقات والاعتداء والمشاكسة وبعض الجرائم. ومن العلماء من يعيد سبب هذا السلوك لاضطرابات تنموية تكوينية في شخصية الفرد كخلل في الوظيفة النيورولوجية للدماغ لإصابة مباشرة أدت إلى تغيرات في الدماغ. أو وحوادث التهاب السحايا أو غيره. وقد كشف التصوير الكهربائي للدماغ وحوادث هذه الأسباب التكوينية فوجد من دراسة لعينة عدد أفرادها ٦٠٠ شخص حوالي ٨٠٪ منهم لديهم موجات مخية (شاذة) واعتبرت حداً فاصلاً بين السلوك العادي والشاذ: Borderline ويركز علماء النفس على ديناميات هذا الاضطراب في إطار الشخصية كلها. وتعكس الشخصية الاجتماعية حالات الإهمال من الأبوين أو التدليل أو ضعف (التوحد الذاتي) مع المجتمع.

فالإهمال يظهر في السيوت (الساردة انفعالياً) والتي يقص أفرادها الحب والعطف والرعاية؛ والتدليل الشديد يولد كراهية المسؤولية، والانكالية وضعف الثقة بالنفس والانهيار أمام أي صدمة والتعويض عن المثل بالعدوان على المجتمع ومعارضته.

أما عدم توافر التوحد في عملية (التنشئة الاجتماعية) فتولد للفرد مشكلة عدم الانسجام مع الأنماط والمعايير الاجتماعية. فهو يعاني انقساماً داخلياً بنفسه وانعزالاً عن مجتمعه ومعايير ذلك المجتمع: Lack of Social Integration .

وقد كشفت دراسات قام بها العالم (كولمان) عن سمات الفرد اللااجتماعي

التي يمكن تحديدها بالتالي:

- (١) العجز عن فهم القيم الخلقية الاجتماعية، فالأفراد يطهرون فقط طاعة شفوية لقيم المجتمع الخلقية ومعاييره.
- (٢) العارق الكبير بين مستوى ذكاء الفرد ومدى غمو الضمير لديه. فذكاؤه متوسط أو فوق الوسط وضميره ووجدانه أقل نصجاً بكثير.
- (٣) الابدفاع المتمركز حول الذات: The Ego وعدم تحمل المسؤولية؛ وعدم القدرة على كبح الجهاج النفسي وضعف القدرة في اتخاذ القرار وتقدير المواقب والأحكام؛ والميل إلى التذنب والتخريب العمدي المقصود.
- (٤) العحر عن الاستفادة من الأخطاء والخبرات العادية وعدم الصبط الإرادي، وتفضيل المصلحة واللذة الماحلة والآنية دون الانتظار للمكاسب الآجلة أو تأجيل اشباعها كسرفة السيارات والمجوهرات وغيرها.
- (٥) استخدام الأصدقاء والناس لمصلحه الخاصة وبأسلوب يعكس علاقات شخصية ضعيفة تدلل على سخريته وقسوة قلبه وافتقاره للمعاطفة.
- (٦) القدرة الضعيفة على احتال الضغط والميل لاهمال النظام ومقاومة السلطة والتعمير عن العدوان وتبرير شتى أصناف الكذب والاحتبال للتخلص من المسؤولية وإلقاء اللوم على الآخرين دون الشعور بتأنب الضمير أو الارتباك.

هـ - الإدمان على المخدرات: Drug Addiction

ويعتبر هذا الانحراف من أشد الانحرافات الشخصية المعاصرة خطورة وشيوعاً وبالذات في إطار - الحضارة الغربية - ويرى علماء النفس أن هذا الإدمان يمسك اضطراباً أساسياً Major Disorder في الشخصية. وقد يرافقه إدمان على الكحول وحالات عصابية أو ذهانية. وربما يكون مجرد اضطراب شخصي سيكو- سيبيولوجي فقط.

وأهم المخدرات المنتشرة بكثرة في أوروبا وأمريكا هي الحشيش (الماراوانا)؛ والمورفين والهرويين المشتقان من الأفيون والكوكائين وعشرات الأنواع والأصناف الأخرى ولا سيما الـ: L.S.D. والسيد: Speed كسائل وحبوب وحقن.

ويصل عدد مدمني المخدرات في الولايات المتحدة لعام ١٩٧٣ إلى ٢,٥٠٠,٠٠٠ شخص صفاراً وكساراً، رجالاً ونساءً، ويأخذ قطاع الشباب والمراهقين بين ٧٠ - ٧٥% من هذا العدد.

وتشير دراسة قام بها العلماء والتر كوفيل، وتيموثي، وكوستيلو وفايان روك، أن الدوافع وراء هذا الإدمان يمكن إعادتها للآتي:

(١) الرغبة في النشوة والسعادة والخروج عن المألوف في إشباع حب الاستطلاع.

(٢) الخروج من ضغط الحياة التكنولوجية المادية والتألم طريق آخر يعيد للإنسان المسحوق الشعور بالذات المردية التي لا تجد حولها أية قيمة معنوية أو روحية.

- (٣) الصراعات النفسية والكبت والتقاليد والانهيار والتفكك العائلي والهروب من المسؤوليات والضغط .
- (٤) انهيار المفاهيم والقيم الخلقية في المجتمع والمدرسة والأسرة وميدان العمل وضعف الوازع الداخلي .
- (٥) التنافس الشديد والتكالب المادي في شتى مجالات الحياة .
- (٦) الإدمان المؤقت كعلاج طلي ثم اكتساب العادة والتعلق بها كمادة متسلطة .
- (٧) التعلم من المجتمع والرفاق عن طريق التقليد والممارسة البيئية .

أعراض الإدمان العامة للمخدرات:

تختلف الأعراض حدة وشدة حسب (درجة) الإدمان وتاريخه الطويل أو القصير ومداه وأبعاده، وهذا ينطبق مع كل مرض أو اضطراب .

ويعتبر تأثير مشتقات الأفيون تأثيراً (فيزيوكيائياً)، مهبطاً؛ يدعو لشروود الفكر والاسترخاء المؤقت والخمول وانخفاض الدافع الحسي . وكذلك يدعو لتغير في إدراك الرمان والمكان وضعف الحركات الإرادية في الدماغ . والمدمن عموماً لا يبتهج بل هو في حاجة ملحة وجونية إلى المخدر لكي يقيه من الشعور بالصيق الشديد في الأعراض الانسحابية . وبعد (٣٠) يوماً يصبح الاستعمال إدماناً وعادة هسترية وإذا ألق المدمن عن الجرعة ظهرت لديه أعراض شديدة:

كفقدان الشهية لأي طعام وشراب، والتعرق المفرط، والاكتئاب

النمسي، والاضطراب في درجة الحرارة، وتقيء وإسهال وتشنجات وارتخافات، وقد يرافقها هلوسات وهذيان، وشعور بالقلق والهلاك المحقق. وتزداد هذه الأعراض حتى اليوم الرابع ثم تهدأ وتتلاشى في اليوم الثامن.

أما الكوكائين فيولد الدوار والصداع في بعض الأحيان ويتبع ذلك نشوة ونشاط واستشارة زائدة زائدة لفترة بين (٤-٦) ساعات؛ يستخدم المدمنون هذا المحذر بحجة التغلب على الشعور بالعجز لمواجهة الضغط والمشكلات ويرافقه اكتئاب وهلوسة وهذاء. وقد يصل بالفرد إلى الحرائم والتسول والإفلاس والفقر والطلاق والدعارة كحرفة ومهنة.

أما (الماراوانا-الحشيش) فهي حتماً تقود لإدمان حقيقي وغايتها إحداث نشوة تمتد من ساعتين إلى ثلاث، وهو يضعف من الإحساس الدائمي بالزمن، وسرعة الحياة، ويؤدي للاسترخاء ولهذا يقبل عليه الموسيقيون والفنانون والشعراء بكثرة. ويستخدم في جلسات جماعية وحفلات خاصة.

ويشعر الشخص المصاب بالإدمان على (الحشيش-الماراوانا) بأنه كبير جداً لاتساع حدقة العين والتسبب الشديد في المراكز الحسية الخمسة بالدماع؛ ويخشى أن يتحرك حتى لا يحطم حوله الأشخاص والأشياء فهو في حالة تخدير (مسطول). ثم ينقلب هذا الشعور إلى إحساس بالصغر والبرول ويشعر بأن هناك من حوله من يريد إصابته بأذى، وهذا الشعور ما يسمى بالإحساس بالضخامة والضالة:

Macrocosmic and Microcosmic Sensations

وعندما يسأل الشخص في البداية كيف شعورك يجيب: I am Very High . وبعد المصبوط يقول: I am Now Down . ويستنزف الإدمان شتى أنواعه

أحوال الإنسان ودخله وكرامته وأخلاقه وأحياناً عائلته وسعادته الشخصية والأسرية.

وهناك مخدرات أخرى تستعمل في البداية لسبب طبي علاجي ثم تتحول إلى وسائل للإدمان المدمر لشخصية الإنسان ومنها:

(١) مشتقات حمض الباربيتريك: Barbitaric Acid .

(٢) الفينوباربيتال: Phenobarbital .

(٣) الأمفيتامينز: Amphetamines .

(٤) البنزدرين: Benzedrine .

(٥) البروميدز: Bromides .

(٦) الفاليوم: Valium .

وتستعمل على نطاق واسع بقصد تخفيف التوتر والقلق.

الانحرافات الاجتماعية - السلوكية:

وتشتمل هذه الانحرافات كما حددنا سابقاً على:

- سوء التوافق المهني في العمل، أو سوء التوافق العائلي والشخصي والاجتماعي.

- اضطرابات الغذاء والتغذية.

- اضطرابات التسول والإخراج.

- اضطرابات النوم.

- اضطرابات السلوك الذاتي كالانتحار والجريمة والجناح وغيرها^(٧).

اضطرابات النوم: **Sleeping Disorders**

يتميز النوم بحساسية خاصة لأي نوع من الاضطرابات الانفعالية التي يتعرض إليها الإنسان- وخاصة الأطفال- لأنها المؤثرات الأولى على وجود توتر انفعالي مترايد ومن أبرز هذه الاضطرابات:

الأرق، التجول الليلي، الكابوس والفرع الليلي، النعاس النهاري وغيرها.

الأرق: **Insomnia** (إنسومنيا).

ويعتبر الأرق أكثر الحالات شيوعاً وانتشاراً بين الناس؛ وقد يكون استجابة وقتية لإثارة أو اضطراباً امعالياً أو نتيجة لوضع فيزيقي كالنعس الشديد أو تغيير مكان النوم أو ساعاته وأوقاته. وقد تثير العقاقير أو الحبوب والحقن المنومة عكس مفعولها فتؤدي للأرق وانعدام النوم. ويوجد الأرق- عند الأطفال- ويصاحبه حالات انفعالية خطيرة وقد يعكس استشارات وضغوط يومية يعانيها الأطفال.

ويلعب القلق والخوف والشعور بالذنب وتوقعات المستقبل من سفر أو امتحان أو خسارة أو مشروع دوراً حاسماً في تكوين الأرق. وقد يكون عرضياً كالهوس أو الاكتئاب ثم يزول.

وقد لحص العالم (كولمان Colman) سلسلة من الدراسات ذكر بها أن الأرق: **Insomnia** يرتبط دائماً بالضمير الجامد وبالليل نحو عقاب الذات والاكتئاب. وقد بين أن الصراع بين الرغبة وبين القيم الأخلاقية يؤدي إلى الأرق كنتيجة للشعور بالذنب والخوف من العقاب.

(٢) التجول أثناء النوم : Somnambulism

يؤكد العلماء أن التجوال أثناء النوم يعتبر عرضاً عصابياً Neuratic Symptom ويظهر كمادة خلال فترة اللوغ ثم يختفي . وهاك من يمشي يضع خطوات من السرير ثم يستيقظ الشخص وأحياناً يستمر المشي لمسافات خارج المنزل . ويرى العلماء أن محاولة النوم المتحول قد تكون اخراجاً لمحتويات حلم من الأحلام لحير العمل والواقع ، أو محاولة لحل بعض الصراعات شكل رمزي Symbolic وهي عموماً مرتبطة بتخيلات حسية وبالعادة السرية .

(٣) الكابوس والفرع الليلي : Nightmares + Night Terrors

يختلف الكابوس عن حالة الفرع الليلي رغم التشابه الشكلي بينهما . فالكابوس اضطراب شائع نسبياً عند الأطفال ، وهو حلم مفرع : Frightening Dream يوقظ الطفل فجأة وفي حالة سيئة مرعبة . ويذكر الطفل الحلم بعد الكابوس ويكون قادراً للعودة للنوم إذا تهيأ له من والديه التطمين والتهدئة المناسبة .

أما المرع الليلي : Night Terrors فهي حالات من الدعر تظهر أثناء النوم مصحوبة بالصراخ وطلب المساعدة أحياناً وتصيب العرق والبكاء والهلوسة . ونادراً ما يستيقظ الفرد تلقائياً ، حتى في حالة استيقاظه الجبري لا يمكنه التعرف على من حوله . وتدوم النوبة من (١٥ - ٣٠) دقيقة . ونعد النوبة ينسى الفرد الموقف كله .

ويربط العلماء بين هذه الأعراض والخبرات المولدة للتوتر في حياة

الفرد أو نشاطه اليومي، وقد تكون استجابة لنوع من القلق أو انعكاساً لصراع يمثل حالة انفعالية. ويرى بعض الأطباء أن سبب حالات الفزع الليلي يدل على: Hypoglysemia وهي حالة انخفاض السكر في الدم ويعالجونها بجرعات زائدة من الكربوهيدرات في وجبة العشاء أو قبل النوم مباشرة ولا بد بجانب ذلك من العلاج النفسي المطول.

(٣) النعاس النهاري: Narcolepsy

إن النعاس أثناء النهار يؤدي للنوم لساعات أو دقائق ولا يمكن تفسيره بأنه نقص للنوم أثناء الليل، وهذا ما نشير إليه باسم النعاس النهاري: Narcolepsy .

وقد كان يعتقد قديماً أنه نتاج لخلل عصوي كحدوث اضطراب في الدماغ وقد دلت الدراسات الحديثة أنه استجابة لسوء توافق نفسي فقد يستخدمه الفرد كوسيلة هروب لمشكلات بغيضة في الحياة وقد يوجد عند الأطفال الذين لا يجدون في بيئتهم مثيرات إيجابية ويعانون الملل الشديد وأحياناً نجده عند منخفضي الذكاء من الأطفال وهو يحتاج لعلاج نفسي عميق ومكثف.

اضطرابات التبول:

يأخذ هذا الاضطراب أشكالاً متعددة أبرزها:

- (١) التبول اللاإرادي الليلي: ويصاحب الأطفال الذين لا يستطيعون ضبط أنفسهم. وقد جرت دراسة خلال الحرب العالمية الثانية على ١٠٠٠

مجدد وتبين أن ١٦٪ منهم كانوا يتبولون حتى سن الخامسة وأن ٢,٥٪ لم يتمكنوا من ضبط البول حتى وصلوا إلى سن الثامنة وبعضهم إلى سن العاشرة. وتبين أن التبول أي (بل الفراش أو التبول اللاإرادي) هو أكثر عند الذكور منه عند الإناث اللواتي لديهن قدرة أعلى على الضغط.

(٢) الوال النهارى: وهو تبول لا إرادي - نهارى ويحدث في روضات الأطفال أو بعض المستشفيات والمؤسسات.

(٣) التحقن البولي أو الإبرازي الخلفي: في حالات العسر الهضمي تحدث حالات تحقن إبرازي خلفي أو بولي أمامي ولا بد من مراجعة الطبيب المختص على الفور.

ويؤكد العلماء أن اضطرابات التبول لا تزيد نسبة الأسباب العضوية فيها على ١٠٪ بينما الـ ٩٠٪ من أسبابها تعود لعوامل نفسية. فقد دلت الدراسات أن سبب التبول اللاإرادي هو التوتر الانفعالي الزائد ويصاحبه أعراض كعادة قضم الأظافر ومص الإبهام والعض على الشفاه والمزاج العنيف ويصاحب بل الفراش شعور بالدنب والحجل مما يزيد القلق والتوتر وقد أوجز العلماء السيكونديناميكيين الخصائص المفصلة لهذه الاضطرابات بالنقاط التالية:

- (١) اضطرابات التبول هي تعبير خاص عن قلق عام.
- (٢) هي تعبير لكراهية تجاه الوالدين أو أحدهما أو تنفيس للمعدوان.
- (٣) هي ازالة لإشباع جنسي يرتبط عادة بتخيلات جنسية مكبوتة.
- (٤) هي استمرار لأنماط سلوكية تستهدف جذب الانتباه بشكل غير ناضج.

(٥) هي تدريب خاطيء وغير ملائم على العادة نفسها بالتبليد وعدم المبالاة من ناحية الوالدين.

ويتجه العلماء إلى ضرورة إزالة التوتر الانفعالي الذي يكمن خلف هذه الاضطرابات أكثر من أن ينصب على العرض نفسه الذي يمثل الشكل الخارجي فقط لهذا السلوك.

ويرون أن العلاج النفسي المكثف ضروري. ويرى كثير من المعالجين أن لا نتوجه فقط إلى ظاهرة الاضطرابات ذاتها بل إلى المصادر الوقائية كتغيير نظام الغذاء والشراب والإقلال من المشروبات التي تؤخذ قبل النوم وإيقاظ الطفل أثناء الليل وتعويدته على النظام وإعطائه الثقة بنفسه وتخفيف ضغط الوالدين^(٨).

حواشي الفصل الثامن

(١) راجع: الدكتور أحمد عزت راجح: الأمراض النفسية والعقلية. دار المعارف بمصر- القاهرة، ١٩٦٤ - ص ٩٩ .

(٢) يتناول المؤلف في هذا الجزء من كتابه (عرضاً شاملاً وموجزاً) فقط للأمراض والاضطرابات وسماحها بالتفصيل من حيث الأسباب والتحليل وسل الملاح في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي).

(٣) إن الحالة الدورية؛ وكل مرض نفسي أو عقلي أو اضطراب شخصي يتصاعد في ثلاث درجات:

Simple	أ- البسيط:
. Profound	ب- الأشد:
. Severe or Acute	ج- الحاد الشديد:

(٤) راجع:

O'Neill George + Nena Open Marriage-Avon Publishers-1973- New York, U S A

(٥) راجع: الدكتور محمد عثمان نحاس: علم النفس في حياتنا اليومية. دار القلم - الكويت: ١٩٧٧ - ص ٦٧ - ص ٦٨ .

(٦) Murphy Donald Gerald

الحواسب السلوكية المرتبطة بإدمان الكحول - جامعة كولومبيا - نيويورك: ١٩٥٧ .

(٧) إن الحديث المفصل عن هذه المجالات التي تعتبر اضطرابات فرعية وأساسية للشخصية؛ يحتاج لكتاب كامل مستقل وفي هذا المجال يهما فقط إعطاء القارئ - صورة إجمالية - عنها .

(٨) راجع د. محمود الزيايدي ود. سيد محمد خيرى، علم نفس الشواد (مترجم) ١٩٦٧ - ١٩٦٨ ، (والتر كوفيل - تسوئي - كوستيلو - روك) دار النهضة العربية - القاهرة .

الفصل التاسع

الأمراض العقلية

خطة الفصل المنهجية:

- تعريف المرض العقلي وخصائصه العامة.
- الخصائص العامة للمرض العقلي.
- الأعراض الإكلينيكية العامة للذهان.
- أنواع الذهان العضوي.
- أنواع الذهان الوظيفي.
- التفسير الفريولوجي للذهان الدوري.
- الأمراض العقلية العضوية الأساسية:
 - أ- الشلل الجسدي العام أو الزهري الدماغي.
 - ب- الذهان الكحولي.
 - ج- دهان الشيخوخة.
- الأمراض العقلية الوظيفية (غير العضوية)

- أ- الفصام أو الركيتموفرينيا .
- ب- البارانونيا أو الهذاء .
- ج- الهوس والاكتئاب .

الفصل التاسع

الأمراض العقلية

تعريف المرض وخصائصه العامة:

يعرف المرض العقلي (الذهان) Psychosis الدكتور مصطفى فهمي بأنه المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة وتعكس حالات من الشذوذ وانعدام التوافق. والمرض العقلي يعاني فيه صاحبه اختلالاً شاملاً واضطراباً خطيراً في شخصيته؛ ويبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية والمعجز عن ضبط النفس ورعايتها والجهل بأسباب مرضه وعدم قدرته على الاستبصار بمشكلته.

وعلى هذا فالمرض العقلي الذهاني هو اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية: Total Personality disorder يعوق نشاط الفرد ذاتياً واجتماعياً ويشكل ارتباكاً في سلوكه وينقسم إلى نوعين رئيسيين: (عصوي، ووظيفي):

(١) الذهان العضوي: Organic Psychosis

وهو مرض عقلي ذو منشأ عضوي - نيورولوجي أو فيريولوجي يرتبط بتلف جزئي أو كلي في الجهاز العصبي ووظائفه، ومن أشكاله اضطرابات الغدد الصماء والأورام المخية، وجنون الشيخوخة Senile Psychosis وجنون الإدمان على الخمر والمخدرات: Drug addiction والإصابة بالزهري والحنون: General Paralysis of the insane وغيرها..

(٢) الذهان الوظيفي: Functional Psychosis

وهو مرض عقلي ناشئ عموماً عن (مصدر نفسي) ولا يرجع لأي سبب عضوي ومن أشكاله الهذاء أو البارانونيا، والهوس، والاكتئاب والفصام وغيرها..

الخصائص العامة للمرض العقلي:

- ١ - إن المرض العقلي لا يتناول حاساً واحداً في الشخصية كالنفس العصبي وإنما تصاب فيه كافة جوانب الشخصية.
- ٢ - المرض العقلي يفصل به المصاب عن الواقع كلياً Off reality .
- ٣ - في المرض العقلي إصابة الجهاز العصبي حتمية.

٤ - الشفاء والعلاج للمرض العقلي صعب وطويل ويحتاج لعلاج مكثف والمرضى عقلياً يعارض العلاج ويرفض التعاون مع الطبيب النفسي لأنه لا يحس مطلقاً بمشكلته لانعدام قدرته على الاستبصار والوعي.

٥ - المرض العقلي تلعب فيه الوراثة والاستعدادات الجينية دوراً رئيسياً.

٦ - المرض العقلي لا يسأل المصاب فيه مسؤولية قانونية وغالباً ما يجب عزله حين يكون خطراً على نفسه أو على الآخرين.

٧ - في حالات نادرة يتداخل المرض العقلي مع الحالات النفسية من حيث المصدر والدرجة والطبيعة والعلاج.

وقبل أن نتعرض للتقسيم العلمي للأمراض العقلية ونوعيات الذهان؛ نود استعراض الأعراض العامة التي تشكل قاسماً مشتركاً أعظم بين مختلف أنواع الذهان.

الأعراض الإكلينيكية العامة للذهان : Symptoms of Psychosis

١ - اضطراب واضح في سلوك الفرد وتشوش في محتوى وعبرى التعبير عن التفكير. إن الفرد الذهاني Psychotic منفصل نهائياً عن الواقع Off reality ليس لديه قدرة الاستبصار لعلته وهو لا يشعر بمرضه ويرفض العلاج والتعاون مع الأخصائي بشدة لاعتقاده بأنه لا يعاني من أي مرض؛ فيما العصبي Neurotic يحس بمشكلته ويقبل المساعدة.

- ٢- عدم قدرة الفرد على التركيز والوضوح (مكاناً و زماناً وحجاً):
Lack of clearness and concentration; (Time, space + place)
- ٣- اللجلجة أحياناً أو السرعة الرائدة في الكلام، والحركة، والألفاظ غير المنطقية ذات المحتوى المضطرب.
- ٤- ضعف شديد في إدراك أو تكوين علاقات بين المفاهيم والأشياء
Impairment in building up Relationships and in Making
Correlations
- ٥- حلل عام في الشخصية والسلوك دون الاقتصار على جزء منها:
Total personality disorder and not Partial
- ٦- سوء توافق واضح وفاضح في التكيف المهني والعائلي والشخصي:
Inability for adjustment at all levels
- ٧- عزلة وانطواء وانسحاب من المجتمع وعدم قدرة على التأقلم مع
المواقف والناس. Withdrawal, isolation and Poor Adaptability.
- ٨- بطء واضح في العمليات العقلية وارتباك واضح في الوظائف
الذهنية واضطراب في النشاط الحركي أو ازدياد حركي غير اعتيادي:
Mental disorders in Processing or sort of Hyperactivity
- ٩- وجود هذات وهلاوس ذات أساس وهمي: Paranoia and
hallucinations
- ١٠- اضطراب واضح في الانفعال، وحساسية مفرطة وزائدة، وحلل
في مفهوم الذات، وعدم الثبات على شيء معين أو محدد، والقلق والخوف

والتناقض الوجداني، ووجود مشاعر الذب الشادة، والتفكير من حين لآخر في الانتقام الذاتي والتعذيب والانتحار.

بعد هذا العرض الموجز. للأعراض العامة الإكلينيكية التي تلتقي فيها مختلف (نوعيات الذهان) نود أن نقدم للقارئ عرضاً وجيزاً لنوعيات الذهان بقسميه الرئيسيين (المضوي - والوطيفي):

أنواع الذهان العضوي Kinds of organic Psychosis

وتشتمل هذه النوعيات على الأصناف التالية:

١ - اضطرابات التمثيل الغذائي كأمراض الكبد والسكر والكلتين والبورفريا.

٢ - نقص الفيتامينات كنقص حامض النيكوتينيك - الفوليك.

٣ - أمراض الغدد الصماء كالغدة الدرقية والنخامية والجنسية والأدرينالية.

٤ - نقص الأوكسجين في الدم.

٥ - اضطراب الأملاح والمعادن في الدم، كثنائي أوكسيد الكربون واليوتاسيوم والصوديوم والماء.

٦ - أمراض الأوردة أو شرايين الدماغ، كتصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدماغ وبطء مجرى الدم والحلطة الدموية في الدماغ. وغيرها.

٧- الحميات بأنواعها المتعددة.

٨- ذهان الولادة والحوامل.

٩- أمراض (الجهاز العصبي) كالحمى الشوكية وعرق النسا والحمى الحية والشلل الاهتزازي وزهري الجهاز العصبي والتصلب المتناثر وارتجاج وتهتك المخ والتجمع الدموي تحت الأم الجافية والتهاب أو أورام المخ ومرض الديسك والعمود الفقري.

١٠- الصرع بأنواعه المتعددة وحالاته المختلفة.

١١- ذهان السموم: كالتأثر بأول أكسيد الكربون أو الرئق أو الرصاص أو الزرنيخ أو المنغنيز أو السيانور أو التأثر بالمهدئات أو المنومات (كالبرمور، والباربيتيرات والفالسيوم بنسبة عالية)؛ أو التأثر بالمنبهات المثيرة (كالكحول أو الحشيش- الماروانا)؛ والأفيون والهروين والكاكوتين؛ وعقاقير الهلوسة وحقن السيد Speed ومركبات الـ L.S.D وغيرها^(١).

وقد يقود الإدمان على الخمر أو المخدرات إلى ذهان يطلق عليه (ذهان كورساكوف) Korsakoffs Psychosis وفيه تصاب أنسجة الدماغ بتلف يؤدي إلى تدهور عقلي مستمر^(٢).

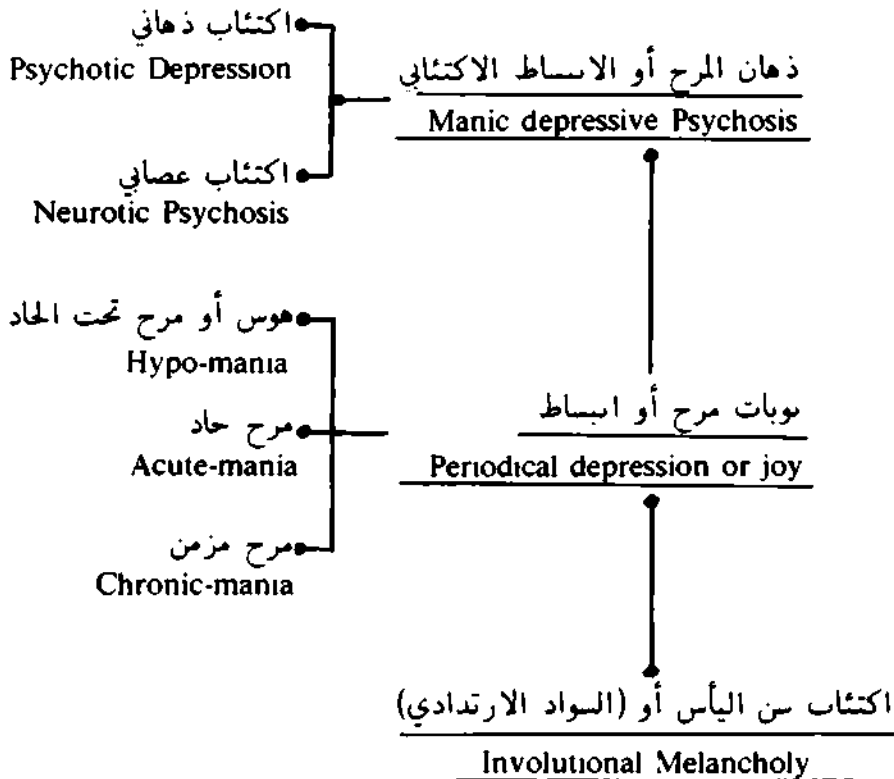
أنواع الذهان الوظيفي : Kinds of Functional Psychosis

وتتضمن ثلاثة أنواع رئيسية:

١ - الذهان الدوري : Cycloid - Periodical Psychosis

٢ - الذهان النفسي شبه الفصامي : Psycho-genic or
Schizophrenic Psychosis .

٣ - الذهان الوجداني : Affective Psychosis



ويعتبر الدهان الدوري من أكثر الأنواع انتشاراً وشيوعاً.

التفسير الفيزيولوجي للذهان الدوري^(٣):

يعتبر الذهان الدوري من أخطر الأمراض العقلية لأنه يتصف باضطراب انفعالي شديد تتناوب فيه نوبات من (الاكتئاب ثم الانبساط). ويزداد انتشاراً بين النساء أكثر من الرجال ويحدث بعد البلوغ ويزداد انتشاراً مع تقدم السن. وتتصف (نوبة الاكتئاب) بالحزن الشديد والنظرة السوداوية للحياة، وفقد الاهتمام بالملذات الخاصة، مع الشعور بعدم جدوى الحياة: Worthlessness of life وظهور الأعراض الانتحارية، مع الإحساس بتأنيب الضمير، والشعور بالإثم، وعدم أحقيته بالحياة. ويصاحب نوبة الاكتئاب أعراضٌ جسمية مختلفة مثل الأرق الشديد، والاستيقاظ قبل الفجر، وفقدان الشهية للطعام مع فقدان الكثير من الوزن، والصداع والدوخة، والإمساك وآلام متفرقة في الجسم عادة ما تظهر على شكل آلام روماتيزمية. ويبدأ المريض في الانعزال، ويتخلف عن عمله أو دراسته، ويهمل نظافته اليومية، ويصبح في حالة يرثى لها.

أما (نوبة الانبساط) فهي عكس (نوبة الاكتئاب) ويبدو المريض بها في حالة مرح شديد Acute-mania، مع الشعور بحسن الحال أو التيه والشعور بالعظمة البارانونية، ويصاحب ذلك كثرة النشاط والكلام والأفكار المتطايرة والبذخ المترف. ومن جراء هذه الريادة في النشاط فإن المريض يصاب بالأرق وفقدان الشهية، وينتهي بحالة من الإرهاق والإعياء التأم كما هي الحال في - الموراستايا - .

ويذهب أصحاب مدرسة التحليل النفسي للقول بأن السبب الكامل

وراء مرض الزهان هو فقدان موضوع الحب مع النكوص (الارتداد) للمرحلة الفمية، وهناك من العلماء من يركز على دور الوراثة في هذا المرض.

وقد وجد العالم (كولمان) أنه إذا أصيب أحد التوائم المشابهة بهذا المرض، فسيصاب التوأم الآخر في ٩٦٪ من الحالات. ويكثر هذا المرض عند الأفراد ذوو المزاج الدوري.

ويشير العالم (كرتشمير) من خلال تصنيفه المشهور بأن ثمة علاقة بين الخصائص الجسمية والأفراد المصابين بالذهان الدوري فهم عموماً يتصفون (بالجسم المكتنز) والرقبة الغليظة، والبطن الكبيرة ويميلون إلى السمنة والبدانة.

وتساوى العلاقة بين اضطرابات الغدد الصماء والذهان الدوري كما هي الحال في العلاقة بين اضطرابات الغدد الصماء ومرض الفصام. ولو أردنا تحديد الأعراض من منظور فيزيولوجي للذهان الدوري لأمكننا ذكرها بالنقاط التالية:

- (١) تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث. وتشكو النساء من التوتر الداخلي، والصداع والانتفاخ، وسهولة التهيج العصبي، مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء وهذه الفترة يصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجسمية.
- (٢) يتوقف الطمث أو يصاب باضطرابات شديدة أثناء الأمراض الانفعالية خصوصاً أثناء نوبات الاكتئاب والانسياط.

(٣) تبدأ وترتد وتشتد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس السوداوي (الشيخوخة) وعندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية.

(٤) تظهر أعراض الزهان الدوري بكثرة بعد الولادة، وأثناء التغيرات الفيزيولوجية والهرمونية التي تحدث أثناء هذه الفترة.

(٥) يصاحب مرض المكسيديميا (نقص إفراز الغدة الدرقية)؛ يصاحبه أعراض اكتئابية شديدة في حوالي ٤٠% من الحالات. بل وتبدأ الحالة أحياناً بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلاقة العضوية-الجسمية.

(٦) قد يصاب المريض بمرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) بنوبات من الانبساط الحادة أثناء نشاط هذا المرض.

(٧) يصاحب نوبات الزهان الدوري من اكتئاب أو انبساط مرض كشح (زيادة إفراز الغدة الإدرينالية) أو أحياناً خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون.

(٨) تقل نسبة الزهان الدوري قبل البلوغ، وترتد سدته.

ولقد أدركنا من خلال استعراض أعراض الزهان الدوري علاقته بالغدد الصماء. وثمة علاقة بينه وبين اضطرابات الجهاز العصبي كالشلل الاهتزازي، وتصلب شرايين الدماغ وزهري الجهاز العصبي وأورام الفص الجسهي في الدماغ، وكذلك العصب الصدغي، والصرع النفسي الحركي. وإن شفاء الزهان الدوري بالجلسات الكهربائية Electric therapy وبالعمليات الجراحية في الدماغ: Brain Psychosurgery برهنت على اضطراب قاعدي وحوهري في الجهاز العصبي.

وقد كشفت البحوث الطبية عن وجود أمراض تعتبر من العوامل المثيرة لظهور الذهان الدوري وأهمها الالتهاب الرئوي، والصفراء، والإنفلونزا، وبعض العقاقير مثل السلفا، والسيربازيل والأدوية المستعملة لخفض ضغط الدم المرتفع.

وقد أجريت في السبعينات بحوث معاصرة حول علاقة نوبات الاكتئاب الانبساطي المصاحبة للذهان الدوري وبين نسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة. ووجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد ٥٠% عن المستوى العادي. أما الشخص المصاب بنوبة الانسحاب فتزيد هذه النسبة إلى ٢٠٠% وشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها. ولإثبات هذه التحرية أعطي بعض مرضى الذهان الدوري كمية من (هرمون الحامين) في فيزيولوجية الغدة الخامية والذي من طبيعته الاحتفاظ بالماء والصوديوم في الجسم. ف لوحظ أن حالة هؤلاء المرضى تدهورت وساءت سواء في نوبات الاكتئاب أو نوبات الانسحاب.

كذلك وجد اختلاف في اندفاع وتأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ، وبالتالي اختلاف في الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا في حالات هذا المرض. وكل هذا مما يؤيد صحة وأهمية التفسير الفيزيولوجي.

وإذا كان علماء النفس قد ركزوا على عامل الوراثة، والعوامل النفسية والاجتماعية فإن من أبرز أسباب الذهان الدوري دون شك الأسباب البايوكيميائية التي أقامت وما تزال ثورة حديثة في الطب النفسي والعقلي.

وقد لاحظ بعض العلماء منذ سنوات أن كثيراً من مرضى الصعق المرتفع والذين يتناولون (عقار السيربازيل) بانتظام تتناهم نوبات من

الاكتئاب الشديد شبيهة بالأعراض التي سبق لنا الإشارة إليها، ولاحظ علماء آخرون أن (مرضى الدرن) الذين يعالجون بعقار (المارسيليد) يصابون بنوبات من الانسباط والشعور بحسن الحال، بالرغم من خطورة مرضهم. وإن الأبحاث العلمية المضنية والعمل العلمي المنظم استطاعت أن تضع هذه النتائج العلمية في اتساق متكامل ووجد أن (السيربازيل) يقلل من نسبة بعض الهرمونات العصبية في الدماغ وخاصة (السيروتونين والأدرينالين)، وبالتالي يسبب أعراضاً اكتئابية؛ وأن (المارسيليد) يزيد من نسبة الهرمونات هذه، وبالتالي يؤدي لأعراض انبساطية، ومن ثم وجد أن إعطاء (المارسيليد) لمرضى الاكتئاب يشفي الكثيرين منهم ويساهم في تخفيف آلامهم، ويعتبر هذا العقار أساساً لنشأة عشرات العقاقير الحديثة المضادة للاكتئاب كالأمبيرامين، والتوفرانيل، والبيروتوفران، والسيرمونتيل، والتريتيزول، والكونكوردين، والنيوريدازين وغيرها..

أما (السيربازيل) فقد أعطي لمرضى الانسباط فهدأ من حالهم مما أدى لنشأة سلسلة من العقاقير المشابهة في علاج هذا المرض.

وما يؤكد نظرية الهرمونات العصبية في نشأة الاكتئاب الاساسي وجود هذه الهرمونات بنسبة أعلى من أي جزء آخر في الدماغ في المناطق الخاصة بالانفعال (الهايپوثلاموس)؛ وخاصة المهاد التحتاني، والمخ الحشوي في السطح الأنسي للمخ، كذلك وجد أن نسبة هذه الهرمونات في المرضى المنتحرين من مرضى الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح وذلك بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم، كذلك بتشريح ودراسة كيميائية لدماغ بعض مرضى الاكتئاب الذين لا قوا حتفهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بالعقاقير المضادة للاكتئاب؛ وقد وجد أن نسبة هذه

الهرمونات العصبية تريد تدريجياً خلال العلاج وتصل أقصاها في خلال (٣ - ٤) أسابيع، مما يؤكد العلاقة الوثيقة بين مرض الاكتئاب ونسبة هذه الهرمونات العصبية في الدماغ.

الأمراض العقلية العضوية الأساسية: Organic Psychosis

ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أنواع:

(١) الشلل الجنوني العام أو الزهري الدماغى:

Dementia Paralytica Or General Paralysis

وهو ذهان يشأ عن إصابة الدماغ بالزهري ويظهر على شكل التهابات Inflammatory ويؤدي صاحبه للتفقر والانحلال Degeneration ويؤدي للعطب العقلي المطرد وتصاحبه أعراض جسدية معينة. ويؤدي لشلل واضطراب في النطق. ومن أعراضه العقلية الهذات والتذبذبات والاضطراب الانفعالي. ويميل صاحبه لتهديد الآخرين بالقتل أو إلى جنون العظمة. ويصعب على المصاب فيه إمكانية الفهم أو الإدراك.

ويشير العالم (كامبل: Campbell) بأن المصاب بهذا المرض يفقد القدرة على الاستجابة ككائن اجتماعي؛ وتعدم لديه المعايير الجمالية أو الحلقية. ويتوقف عن النشاط الذهني وعن مواجهة المواقف الاجتماعية. وفي البداية تصاب الذاكرة بالعطب فينسى المصاب اسمه وتاريخ مولده. وتنهار قدرته على التحكم في أصابعه ويسود لديه شعور شديد من الكآبة واضطراب النطق وتسيطر عليه حالات بارانوية من الهذاء وجنون العظمة. ويميل مع تطور

المرض للاسلاخ عن القيم الحلقية والعائلية ويتوجه نحو الجريمة والعدوان مما يؤكد حدوره النفسية والاجتماعية.

وقد كشفت دراسات العالم (سكول Nicol) على دراسات حول الشلل الجنوني العام عند الأطفال بأن ثمة تغيرات واضحة تطرأ على (السائل الدماغي: C.S.F الذي يدعى: Cerebro spinal fluid عند معظم الأطفال المصابين. وأدى ذلك لضرورة فحص وتحليل السائل الدماغي بين أعضاء الأسرة الواحدة كموع من إجراءات الحراسة.

وقد أكدت تحارب العالمين (كرافت - إبنج Kraft-Ebing)؛ بعد تطعيم بعض المصابين بالشلل الجنوني العام بميكروب الزهري بدون إحداث العدوى لهم - مما أكد أن هذا المرض يعود لإصابة الفرد بالزهري.

وقد تابع هذه الأبحاث في السنوات المعاصرة العلماء أمثال (ويدال، وسيكارد: Widal + Sicard)؛ ثم أوضح العالم (وسرمان Wasserman)؛ بأن وجود الأحسام المصادرة Anti-bodies في السائل الدماغي لدى هؤلاء المرضى سوف يؤثر في جهازهم العصبي. وقد أدى تشخيص الزهري المبكر هذا إلى معالجته في المستشفيات العقلية والنفسية من الأيام المبكرة. وتبين أن أي تأخر في علاج المصابين بالزهري منذ بدايته سيؤدي لظهور أعراض الشلل الجنوني العام.

٢ - الذهان الكحولي: Alcoholic Psychosis

وهو النوع الثاني في الذهان العضوي ناتج عن الإسراف في الخمر ويتخذ أشكالاً عديدة أبرزها (التهر الارتحائي: Delirium tremens وهي

حالة من الاختلاط العقلي الحاد تقترن بارتخاف وقلق شديد وهلوسات وهذات مختلفة. أما الاضطراب السلوكي فيشبه ما يحدث في ذهان الشيخوخة ودهان وطيفي آخر هو الفصام (الزكيتسوفريزيا). ومع اربداد الارتعاش وتقلص العضلات بعدم تركيز الانتباه ويزداد الخوف والذعر والصراح ويتوهم المصاب وجود ثعابين حوله. وقد يسيء المصاب الشك بروجته ويتهمها بالحياة وقد يقترب من الجريمة أو الانتحار.

وترتبط الخمور أيضاً بذهان سبق أن أشرنا إليه هو (ذهان كورساكوف: Korsakoffs Psychosis).

٣ - ذهان الشيخوخة: Senile Psychosis

ويطلق عليه (جنون الشيخوخة) فحين تتقدم بالإنسان السن إلى ما فوق الستين عاماً ينشأ عنده نوع من السلوك الشاذ بسبب اضطلال وضمور الأنسجة وحلايا المخ وقد تكون بعض الأمراض الطويلة الأمد أو الحوادث والصدمات والخبرات من العوامل المهددة لكيانه الانفعالي. وليس ضرورياً في هذا الدهان أن يوجد أي تلف عصبي أو عضوي؛ ولكن الانتقال المفاجيء إلى سن الهرم والشيخوخة يشعر المصاب بالعزلة والوحدة وقرب النهاية والموت. ويشعر أنه أصبح عبثاً على غيره وعاجزاً. وفي البداية يعاني المصاب اضطراباً في ساعات النوم وخللاً في الذاكرة حتى أنه لا يعرف عنوان مرله أو الشارع الذي يسكن فيه. ويصبح أحياناً أنانياً عنيداً ثم ينفجر بالكاء والصراح للإحباط الذي يعانيه وانتعاد الناس عنه Disassociation ويميل أحياناً لإشعال النار بكل ما حوله من أثاث ومال

وأرواح ويموت لديه الشعور تدريجياً لعدم الاهتمام به. ويرول شعره وأسانه ويضعف جسمه، وتتصلب شرايينه لقلة الحركة وعدم قدرته على المشي. وينعدم إحساسه بالذوق ويضعف البصر بهائياً ولا يتمكن القراءة ويشعر باقتراب الموت منه كل يوم.

الأمراض العقلية الوظيفية (غير العضوية) Functional Psychosis

وتنقسم إلى ثلاثة أقسام:

١) الفصام أو الركيستوفرينيا: Schizophrenia

٢) البارانويا أو الهذاء: Paranoia

٣) الهوس والاكتئاب: Mania

١ - الفصام (الزكيتسوفرينيا) Schizophrenia

التعريف: الفصام هو مرض عقلي وطيفي ذهاني حاد: Severe Mental Psychotic Disorder ويؤدي لانشطار وعدم انتظام الشخصية، وتدهورها التدريجي وبالتالي يؤدي إلى التشتت والتناثر Split and Diffusion؛ وهو في معظم حالاته من حيث طبيعته مرض عقلي (ذهاني) وظيفي، وأحياناً بايو- جيناتيكي وفي حالات أخرى تلقائي (عرضي) عضوي وقد يتضمن أعراضاً (باثوفيزيولوجية).

ويعرف الدكتور أحمد عزت راجح في كتابه (الأمراض النفسية والعقلية) الفصام بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ويبدو في صورة

أعراض في جوانب الشخصية جميعاً: الجانب الإنفعالي: Affective والجانب
الفكري Cognitive-mental ، والجانب السلوكي Behavioral .

ويعرفه الدكتور مصطفى فهمي في كتابه (علم النفس الإكلينيكي) بأنه
مرض عقلي معناه انحطاط بطيء مستمر للشخصية عامة، ويبدأ عادة في
فترة البلوغ ويسمى (جنون المراهقة) لشيوعه بين المراهقين من فتيات
وفتيان ومعظم ضحاياه هم فيا بين (١٥ - ٣٠) عاماً.

ويشير الطبيب النفساني الدكتور أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس
الفيزيولوجي) بأن الفصام هو مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير،
والوجدان، والسلوك، وأحياناً الإدراك، ويؤدي إن لم يعالج في بدء الأمر
إلى تدهور واضح في المستوى السلوكي والخلقي والاجتماعي، مما يفقد الفرد
شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع.

ويعرف الدكتور محمد عثمان نجاتي في كتابه (علم النفس في حياتنا
اليومية) الفصام بأنه أكثر أنواع الاضطرابات الذهانية انتشاراً، ويحدث
عادة من بداية فترة البلوغ حتى سن الخامسة والأربعين، ويتميز الفصام
بالانفصال عن الواقع والعزلة، وعدم الاتصال بالناس. واصطراب
الانفعالات وتذبذب الحالة المزاجية واضطراب التفكير والكلام وكثيراً ما
تنتاب المريض الهلوسات والهلذات.

وقد أطلق عليه العالم (يوجين بلويلر Eugene Bleuler) (مرض الشخصية
المنقسمة: Divided Personality)؛ أما العالم (كريبلين) فقد سماه (جنون
المراهقة: Dementia Pracox).

النوعيات الأساسية لمرض الفصام:

استطاع علماء النفس الإكليسكي تمييز ما يزيد على (٢٠) نوعاً للفصام؛
نعرض أكثرها أهمية وانتشاراً:

١ - الفصام البسيط : Simple or mild Schizophrenia

٢ - فصام المراهقة المبكر : Hebephrenic or adolescence. S.

٣ - الكاتوني الحركي (تصلبي أو هياجي): Catatonic

Schizophrenia

٤ - الفصام المزمن: Chronic Schizophrenia

٥ - الاضطهادي الخيالي (الهذاء البرانوي): Paranoid

Schizophrenia

٦ - الفصام النووي: Nuclear Schizophrenia

٧ - الفصام الطرفي: Peripheral Schizophrenia

٨ - الفصام التفاعلي: Reactive Schizophrenia

٩ - الفصام الحاد: Severe or acute Schizophrenia

١٠ - الفصام الكامن: Residual Schizophrenia

١١ - الفصام المتخلف: Latent Schizophrenia

١٢ - الفصام الوجداني: Affective Schizophrenia

١٣ - فصام الطفولة: Childhood Schizophrenia

١٤ - فصام الشيخوخة: Aging stage Schizophrenia

١٥ - الفصام المطعم (مع تحلف عقلي): Crafted Schizophrenia

١٦ - الفصام غير المميز. Undefined Schizophrenia

وعلى الرغم من وجود هذه النوعيات العديدة لمرض الفصام فإن ثمة

قاسماً مشتركاً يجمعها في الأعراض الإكلينيكية العامة التالية:

الأعراض الإكلينيكية العامة للفصام:

(١) التفكك والتشتت الكامل في الشخصية Disintegration والانحطاط
التنائري في مظاهر السلوك والقدرات الفكرية.

(٢) البعد عن الواقع وانقطاع الصلة به: Disassociation from Reality
والاستغراق في الذات: Introverted + Egocentred والانسحاب من الناس
والمجتمع: Withdrawal وعدم مقدرة الفرد على التمييز بين الحقيقة
والخيال: Inability to distinguish reality and fantasy .

٣ - الاستغراق في الهلوسات السمعية، والبصرية، والجنسية،
Hallucinations وكذلك الهلوسات الشمية واللمسية والذوقية وهذه كلها
حقائق في نظر المريض ويستجيب لها سلوكياً فإذا سمع حرساً تلمونياً بسمعه
كالرعد أو كطريقة باب، وإذا مرت آسة أمامه اعتقد أنها قادمة إليه، فهناك
خلل واضح في انطباعاته الحسية: Perceptual disorder .

(٤) توترات نوبية مع خبول واطماء عقلي: Periodical tense
. reactions + mental Slowness

(٥) خلل في الوظائف العقلية وعلى الأخص في المناطق الحسية المركزية
Areas of Sensory in the brain ذات الفعاليات الشعورية وبالذات
منطقة الموتور الدماغية:

Disorders in the motor functions and the affective Processes.

كما يصاحبها أحياناً بعض الاضطرابات العاطفية: Emotional disturbances .

(٦) سلوك سلبي تجاه الأحداث والآخرين وانعدام المسؤولية وحالات انعزالية شاذة وغريبة: Passiveness and Isolation .

(٧) هذات تصويرية وهمية: Delusions كتوهم المرض والاستغراق في أحلام اليقظة: Accessive day dreaming وفقدان الشعور بالشخصية وشعور المريض بأن أفكاره ورغباته وإحساساته غريبة عنه: Acute alienation .

(٨) اضطرابات تفكيرية واضحة في (التعبير المزدوج) وفي مجرى التفكير وطريقته ومحتواه وفي التحكم وعمليات الذاكرة وفي الفهم والوعي .

(٩) اضطرابات وجدانية في شدة الانفعال أو ببلادته، وشكله ودرجة ردوده التحاوية الانفعالية تجاه الأشخاص والمواقف والأحداث ويكون شديداً أكثر مما يجب أو ضعيفاً أقل مما يجب:

Over stimulation or under stimulation and cold reaction .

(١٠) اضطرابات إرادية Will disorders تتمثل في ضعف الإرادة وضعف الثقة بالنفس، وعدم القدرة على الربط والوسط وطهور (الأعراض الكتاتونية) بنوعها التصلي أو التهيجي من ذهول أو غيبوبة أو هياج أو سلبية مطلقة، أو مداومة على حركة روتينية معينة أو اضطرابات في الكلام أو طاعة عمياء أوتوماتيكية .

(١١) الضعف الحسبي ونقص الوزن وارتفاع سرعة الدورة الدموية والضغط؛ أو نقصها عن الحدود الاعتيادية .

١٢) احتمال ارتفاع نسبة السكر والأملاح في الدم أو نقصها عن الحدود الطبيعية.

١٣) اضطرابات سلوكية تتناول الحياة العائلية والاجتماعية والعمل والحياة الجنسية فهو مثلاً يطلق لحيته دون نظافة، ويهمل نفسه وملاسه الخارجية، ويعاني نوبات هياج وعدوان وصراخ. وينعزل عموماً عن المقاهي وأماكن الالتقاء بالناس ويعتق مذهب شاذة غريبة.

١٤) تندهور لدى العصامي ملكة التركيز والذاكرة، ويدمن يومياً وشكل متطرف على العادة السرية وعادات شاذة أخرى كخلع الملابس والعراء والرقص والعناء بصوت عالي، والقفز أو الاغتصاب الجسي، ومع ذلك فهو فجأة يتعرف على الأشياء بوضوح، وفي بعض الحالات تعود إليه ذاكرته بشكل طبيعي^(١).

التفسير الفيزيولوجي لمرض الفصام^(٥):

يصيب مرض الفصام ١% من سكان كل مجتمع أي أنه يوجد (١٠,٠٠٠) فصامي بين كل مليون نسمة. وتختلف أعراض ومظاهر هذا المرض من فرد إلى آخر، ومن مجتمع إلى آخر حسب الحضارة والثقافة. وأكثر ضحاياهم (الشباب والشابات) وعلى الأخص في المجتمعات التكنولوجية التي تسيطر فيها المقاييس المادية المحضة. وقد بدأت بعض (الدول النفطية) في الشرق العربي تسير على نفس الخط المادي وتنتج شخصيات فصامية وتفككاً شحصاً وعائلياً على غاية من الخطورة. وإن العلاج المسكر والوقاية أفضل من التأخر بها.

وقد استطاعت بعض الدراسات الجينية أن تبرهن على أهمية العامل الوراثي Hereditary factor في ظهور مرض الفصام على شكل أعراض واضحة. فإذا أصيب واحد من الوالدين بالفصام فستكون نسبة المرض بين الأولاد حوالي ١٦٪ أما إذا كان الأبوان مصابين بالمرض فترتفع نسبة المرض بين الأولاد إلى ٤٠٪ وتصل النسبة بين (التوائم المتشابهة) إلى ٧٦٪.

وقد وجد علماء آخرون أمثال الطبيب (جسج) وجود علاقة وترايط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ويقول الدكتور (جسج) أن مرضى الفصام (الكتاتوي الدوري) يحتفظون بمادة - النيتروجين - في الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة، وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من النيتروجين. وقد لاحظ الدكتور (رايز) أن ٣٠٪ من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعي في شاطئ الغدة الدرقية.

ومن الأبحاث الحديثة ما قام به الدكتور أحمد عكاشة في قياس كميات (الكورتيزون) في مرضى الفصام وأثر ذلك في شفائهم؛ فقد وجد أن هذا الهرمون يبرزه مرضى فصام البارانونيا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يصاحبها (زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون)، وأن شفاء المرض يصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون.

ويوجد الكثير من الملاحظات الإكلينيكية التي تؤيد الترابط بين الفصام واضطراب الهرمونات. ويندر حدوث الفصام عند الأطفال بينما يشتد وترداد نسبه في مرحلة البلوغ والمراهقة وفي مرحلة الشيخوخة.

وتظهر أعراض مشابهة لأعراض الفصام؛ في مرض المكسديما (نقص إفرازات الغدة الدرقية) أو مرض كسج (زيادة إفراز الغدة الإدرالية).

وهناك شواهد علمية على أن بعض الأمراض العضوية في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض Symptoms مشابهة لأعراض مرض الفصام؛ كمرض الحمى الحية، والصرع، وأورام العنق الجبهي الدماغي، وليس بعيداً أن يكون الفصام اضطراباً أو إصابة للجهاز العصبي. وقد كشف التصوير الكهربائي للدماغ أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح وموحد باثولوجية - مرضية غير نوعية.

وقد لوحظ أن بعض العقاقير مثل: L.S.D. والحشيش والماسكولين تؤدي لاضطرابات انفعالية وتفكيرية وهلاوس وهذاآت شبيهة بأعراض الفصام مما أدى لازدياد اهتمام العلماء المعاصرين (بالاضطرابات الكيميائية للهرمونات العصبية)؛ مثل الأدرينالين والسيروتونين وغيرها.

وقد أيدت التجارب الحديثة أنه في مرض الفصام يوجد اضطراب في مثيلة Methylation هرمون الإدرينالين؛ لدرجة أننا إذا أطعنا بعض الفصامين بمركبات كيميائية بها مستحضرات مثيلية فستزيد أعراضهم بشدة، ولقد استطاع بعض العلماء استخلاص (بروتين) معين من دم مرضى الفصام يسمى (تاراكسين) فإذا أعطي هذا البروتين لمتطوعين للتجارب العلمية؛ فإنهم يصابون بأعراض فصامية وقتية. وقد شاهدت في نيويورك (فيلماً مدهلاً) حول هذه التجارب. كذلك أدى حقن (التاراكسين) في بعض الحيوانات إلى اضطرابات فصامية عريضة في سلوكها.

وكثر حديثاً المناقشة حول ظهور (السقطة القرمزية) في بول مرضى الفصام، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى على ورق حساس للضوء: Paper chromatography فإنه يحدث - نقطة قرمزية - في موضع معين من هذا الورق الحساس، وهذا لا يحدث مع البول الطبيعي. وهذا

برهان دامع على وجود اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضى الفصام يؤدي إلى وجود مركبات كيميائية شاذة في البول. وما يزال الجدل قائماً بين العلماء حول موضوع (النقطة القرمزية)؛ فالعص يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تعطى لهؤلاء المرضى وهناك من يرى أنها تفاعل بين نوعيات الطعام التي يأكلها هؤلاء المرضى.

وفي تقديرنا أن العلماء إذا استطاعوا في الثمانينات أو التسعينات تشخيص مرض الفصام بالكشف عن البول فإن ذلك سيؤدي إلى تطور خطير في العلاج والوقاية من هذا الاضطراب العقلي الخطير، وما يزال البحث حارياً حول ماهية هذه النقطة القرمزية.

وهناك علماء آخرون يرون أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم؛ وأنه يدور في دم الفصامين أجسام مضادة تتفاعل مع مورثات مضادة في المخ تسبب اضطراباً في الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض هذا المرض.

وقد نشأت نظرية تؤمن بأن الفصام هو حالة مرضية فيزيولوجية سببها اندفاع وتخلل موجات كهربائية في الدماغ من نوع اليوم الذي يصاحبه حركات العين السريعة، وأنها تزحف على الفرد أثناء اليقظة، وتسبب له اضطرابات شبيهة بما يحدث في الأحلام، وما زالت هذه النظرية تحت النقد والبحث.

وقد وجد العلماء المعاصرون أيضاً علاقة وطيدة بين مرض الصرع والفصام وربما كشفت هذه العلاقة مع المستقل عن مريد من المعرفة حول تشخيص أدق وعلاج أفضل لمرض الفصام.

وقد اتجه علماء (المدرسة النائية) إلى ربط الفصام بعوامل تكوينية ودكروا أن الفصاميين يتصفون بالنمط الاكتومورفي الذي يعني صفة التوتر المراجعي الحاد والحساس جداً. ويواجهون بيئة تفتقر إلى الدفء العاطفي والإنساني. وهم ينسحبون ويقودهم هذا الانسحاب إلى حالة الفصام. ويركز أصحاب مدرسة التحليل النفسي على الصراعات وتجارب الطفولة واللاشعور في ظهور الفصام ويؤكد العالم (بلويلر) أنه نتيجة الصراع والإحباط. أما (أدولف ماير) فيرى أن الفصام استجابة للشخصية بأكملها على أساس البيئة الاجتماعية وتنظيم الشخصية، وأدى هذا الرأي لتحديد العوامل البيئية ولا سيما الصدمات النفسية في الطفولة ونشوء الحساسية المفرطة. والحرمان العاطفي في حياة الطفل والفرد يهيئ المناخ الملائم للفصام، وكذلك العلاقات أو المشكلات العائلية، وأنماط السلوك النكوصي.

وتؤكد الإحصائيات أن ٥٠% من نزلاء المستشفيات العقلية والمصحات النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية هم من الفصاميين وعلى الأخص في أوساط الشباب والفتيات. ويتمسك العالم (موت Mott) بالقول في إن الاضطراب في الغدد الصماء يقود إلى الفصام، بينما يرى (كريبلن) أن الفصام راجع إلى تسمم داخلي بسبب تغيرات كيميائية في الجسم. ويرى (ماير) أن الفصام يأتي نتيجة لفشل الفرد في محاولته التكيف مع البيئة، ولتراكم عادات خاطئة في ردود أفعال الفرد منذ الطفولة.

ولا شك أن التنشئة العائلية والاجتماعية الخاطئة تكوّن الملامح الانفعالية عند الفصامي وتسمي فيه البرود العاطفي، والهداآت البارانونية. وقبل الحديث عن - البارانونيا الهدائية - نود استعراض أبرز نوعيات الفصام وخصائصها وسماتها.

نوعيات الفصام وسماها المحدث:

١ - الفصام البسيط: Simple Schizophrenia

يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطراً وشدة من حيث الدرجة. يتسم أفراد هذه الفئة بالتسلد الانفعالي والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الإحساس بالمسؤولية والانحراط في صفوف المتشردين أو السفايا أو المجرمين. ويتصف سلوكهم بالانكالية والاعتماد على الآخرين. ويفقدون أي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج وظهور تدهور عقلي واضح. ويظهر الفصام البسيط شكل تدريجي يبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء ثم فقدان الإرادة والطموح والدافع وأخيراً تظهر الهذات والهلاوس ويصبح المريض في حاجة للعلاج.

٢ - فصام المراهقة: Hebephrenic Schizophrenia

السلوك فيه أحمق وشاذ ويسميه (كريلس) جنون المراهقة؛ يشغل التفكير في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمر الحسية والعادة السرية وكثرة التخيل والأوهام والانهار الشديد. ويظهر فيه صحك طفلي ينقلب إلى بكاء وصراخ. ويعتقد المريض أن أعداءً يلاحقونه. ويستغرق المريض بأفعال جنسية علنية دون إدراك لما يفعل. ويميل المريض لتكشير وجهه والتفاهة في سلوكه، ويعتقد أن دماغه قد تحلل وأن أمعاءه مليئة بالإسمت أو أن قلبه مليء بالرمل.

٣ - الفصام التخشي: Static Schizophrenia

يتصف بالانسحاب الكامل من الواقع وأمل الشفاء في هذا النوع قائم أكثر من بقية الأنواع. وفي الاستجابة التخشبية يتقلب المريض بين ذهول عميق Stuporous State وبين حالة الإثارة Excited State، وفي حالة الدهول تجمد كامل قد يستمر ساعات ولا يقوى على التبول أو التبرز أو الحركة وفي حالة الإثارة يمشي بسرعة ويسلك سلوكاً حنسياً مكشوفاً ويقوم بأفعال عدوانية صد غيره وأحياناً صد نفسه.

٤ - الفصام الكتاتوني: Catatonic Schizophrenia

يتسم هذا النوع بأعراض حركية عريبة للمريض في حالات يكون بها ساكناً وفي حالات أخرى هائلاً وتمررداً. ويعاني هلاوس وهذات قوية. ويكون في حالة ذهول كتاتوني وهو: Catatonic Stupor فإذا رفع الطبيب يده عالياً في أي وضع فإنه يحتفظ بدراعه ممتدة في الهواء عدة ساعات.

٥ - الفصام الهذائي - البارانوي: Paranoid Schizophrenia

ويطعم هذا النوع هذات الاضطهاد أو هذات العظمة. والمريض الهذائي عابس وشديد الشك ويتهم الساس دوماً باضطهاده وطلمه، وتصح حياته مفككة. ولا بد من وضعه في المستشفى وهو تلقائياً يقاوم العلاج لعدم إدراكه لمشكلته. وأحياناً تأتي هذات العظمة فيشعر أنه ملك أو قائد ويتعامل مع الناس على هذا الأساس. ومعظم الهلاوس لديه سمعية صوتية. كما يعاني حلاً وجدانياً وتفكيرياً.

٦ - الفصام الحاد غير المتميز: **Acute and Undefined**

التفكير فيه محتلط ومشوش: **Perplexity** والاستجابة الانفعالية مضطربة تظهر على شكل إثارة أو اكتئاب. ودراسة الحالة تبيء على انهيار مقبل.

٧ - الفصام المزمن غير المتميز: **Chronic + Undefined**

يصعب تشخيص هذا النوع لوجود التشابه بيه وبين الحالات الفصامية الأخرى والبعض يسميها (الفصام الكامن أو قبل الذهاني). ولكي نكشف هذا النوع لا بد من استخدام الوسائل الإسقاطية مثل اختبار الرور شاخ ومن المشكلات التشخيصية في هذه الحالات، وجود نمط سطحي خارجي شبه عصائي: **Pseudoneurotic** يخفي وراءه الفصام الحقيقي.

٨ - الفصام الوجداني: **Affective Schizophrenia**

يتسم أفراد هذه الفئة بظهور عملياتهم الفكرية الفصامية مع الاستجابات الوجدانية التي تشبه نمط الهوس والاكتئاب. فقد نجد المريض في حالة إثارة وهوس أو في حالة اكتئاب شديد. وتوحد أعراض هذائية وعدم تناسب بين صط التفكير والاستجابة الانفعالية.

٩ - الفصام الطفولي: **Childhood Schizophrenia**

ما يزال هذا النوع مشكوكاً فيه وموضع جدال بين العلماء لأن الفصام

مرض يبدأ بمرحلة البلوغ. وقد تم إدراجه عام ١٩٥٢ في الكتيب الاحصائي التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي. وقد وصف العالم (بندر) مظاهر هذا النوع بالتالي:

- اضطراب الوظائف الحيوية من أكل ونوم وتغرق وتبول.
- اضطراب في النشاط الحركي ودوران الدماغ بعد سن (٦) سنوات.
- خلل في الاتزان الإدراكي واستعمال اللغة ومهارة وسوغ في الرسم والموسيقى.
- اضطرابات سيكولوجية في مشكلات العلاقة بين الذات والواقع والبيئة، والعلاقات غير الذاتية محطمة دون شك؛ وكذلك التوجيه في الزمان والمكان غير واضح. هذا وإن فصام الطفولة هو حالة نادرة.

١٠ - الفصام المتبقي أو المتأخر: Latent Schizophrenia

ويستخدم هذا المصطلح لوصف المرضى الذين يصابون بانهيار فصامي ولكنهم تحسّنوا بعد ذلك في وظائفهم في المجتمع إلا أنهم لا زالوا محتفظين ببقايا السلوك والتفكير والأفعال. وبفينا هذا المصطلح في ترتيب السجلات الإحصائية أكثر مما يفينا في فهم سلوك المريض.

١١ - الفصام الارتكاسي والتدرجي:

إن الفصام التدريجي يظهر على مدار سنوات تتزايد في شدتها مع مرور الزمن. وقد كشف اختبار الرورشاخ عدم وجود نشاط إدراكي في الفصام التدريجي، ووجود علامات عضوية مميزة بين أفراد الفصام التدريجي، وأفراد الفصام الارتكاسي.

أما الفصام الارتكاسي فيكشف عادة في المريض عن نمو اجتماعي مناسب مع شيء من التوتر المرافق للاستجابة الذهانية، والتنبؤ بالشفاء جيد. والمصاب بالفصام الارتكاسي ذو شخصية منظمة ووظائفه الإدراكية شبه متكاملة.

وقد كشفت دراسة (هيرون Herron) أن هناك قدرة على التحرير عند المصابين بالفصام التدريجي والارتكاسي في مستشفى فنسنت بنيويورك وأن السيل الوحيد لتصنيف هذه الأنماط المرعية الأخرى من الفصام إلى فصام تدريجي وفصام إرتكاسي يكون على أساس تاريخ الحالة ودراساتها.

وقد اهتم الأطباء في مواجهة الفصام بصدمات الآسولين والعلاج الكهربائي وكان النجاح بين (٤٠ - ٦٠٪) من الحالات وقاموا بالجراحة مثل القطع الحبيبي للحالات المزمنة.

ومع التقدم العلمي ظهرت عقاقير حديثة (كالرسربين: Reserpines والفينوثيازين Phenothiazines والكلوروبرومازين Chlorpromazine وغيرها) فحلت محل استعمال صدمات الآسولين.

وقد طبق علماء نفسيون أمثال (روزن Rosen وفروم ريتمان From Reichman) أسلوب العلاج بالتحليل النفسي وقد استغرق وقتاً طويلاً وأدى لنتائج مشجعة. أما العلاج السلوكي Behavioral Therapy فقد أدى لنتائج أكثر نجاحاً وحملاً لمرض الفصام.

٢ - البارانويا أو الهذاء : Paranoia

تعريف البارانويا: وهي حالة مرضية ذهانية واضطراب وظائف

Psychotic Disorder وتنصف بالأوهام والهذيان والمعتقدات الخاطئة عن الاضطهاد أو الشعور بالعظمة أو هذاء الجنس، أو هذاء الغيرة والمشاكلة. وتعود لأسباب نفسانية وبيولوجية. وتدعى جنون الاضطهاد أو جنون العظمة. ومن العلماء من يعيدها للكبت وصراع الفرد بين رغباته وذاته العليا ويرى (فرويد) أنها وليدة رغبات جنسية مثلية مكبوتة. وهناك من يفسر حالة الشعور بالاضطهاد كحيلة دفاعية يبرر بها الفرد شعوره بالقمص لأنه شديد الشك بالآخرين وشديد الحساسية بأنه الهدف السهل لمشاعر الغيرة.

الأعراض الإكلينيكية العامة للبارانويا:

- (١) أنواع من الوسوسات الوهمية المرتبطة بشعور الفرد بالخاف والاضطهاد والظلم والحسد من المجتمع تلاحق المصاب؛ ويطلق على هذا الشعور (البارانويا الاضطهادية: Persecution).
- (٢) يشعر الفرد بعدم فهم الآخرين له: Misunderstanding
- (٣) يبرز سلوك الفرد عموماً على شكل دفاعي: Defensive وتدور حالات الهذاء البارونية حول اعتقاد سياسي أو ديني أو حول التثبيت الشديد بموضوعات معينة كالزواج أو عدم الزواج وغيرها.
- (٤) يتصف سلوك الفرد بسوء التوافق الاجتماعي وعدم الثبات والاستقرار على أية حالة، وكثرة الشك بالآخرين وبالقيم والمفاهيم وسرعة العصب، والروح العدوانية والاكتئاب، والتفكير بالانتحار والحساسية غير الاعتيادية:

Poor Social Adjustment, Instability, Suspiciousness,
Hostility, and Over Sensitivity.

(٥) يتصف الفرد بالمغالاة والغرور وحنون العظمة (بارانويا الغيرة): أنا نالبيون، أنا أمير عظيم، ويميل أحياناً إلى الغيرة الشديدة والحسد من شخص حوله عزيز عليه (بارانويا الغيرة):

Madness of Greatness or Jealousy

(٦) يعاني الفرد بعض (هذات جنسية) فيتصور أن فتاة ترسل له رسائل سرية عن طريق الراديو ومن شاشة التلفزيون أو المسرح، وقد تظهر الهذات على شكل (خيانات زوجية) أو يتصور من يهجم لقتله أو يضع له السم في طعامه.

(٧) إن الشخصية رغم وجود المرض تكون عموماً متأسكة ونسبياً منتظمة وعلى اتصال لا بأس به بالواقع مع انحراف واضح على قدر الضغط الذي يعانيه الفرد من الهذات والأوهام : Pressures of Delusions .

(٨) إن الشخصية البارونية متقلبة في علاقاتها و صداقتها بالآخرين فهي تضع شخصاً معيناً موضع الصدارة من الحب والتقدير وفجأة تتغير النظرة لأنفه الأسباب وتنزل قيمة الشخص العالية إلى الحضيض؛ ويظهر هذا السلوك في المجتمع العربي في علاقاتنا السياسية بين بلد عربي وآخر ومع الدول الأجنبية. والشخص البارانوي لا يصلح لمنصب القيادة لأنه لا يستطيع التصرف الناضج وحمل المسؤولية ولا يقلل النصح ويميل دوماً للمشاكاة.

٣ - حالات الهوس والاكتئاب (المانيا) Mania

يظهر الهوس على درجات، حالات أقل من الحادة، وأخرى حادة، وثالثة فوق الحادة.

أما النوع الأول فيطلق عليه (شه الهوس Hypo Mania) والمصاب فيه ذو نشاط مستمر لا تعب فيه، يحب احتكار الحديث ويرفض أية معارضة لأقواله وأفعاله فلديه سلطة جائرة ويستحيل أن يحتمل النقد ويتدخل دوماً في شؤون لا تخصه فهو يطلق العنان لمواطنه المكبوتة.

أما النوع الثاني وهو (الهوس الحاد Severe Mania) فيكون على شكل نوبات عنيفة وطارئة من الهذيان. والفرد لا يعوزه الذكاء ولكنه يتعطل عن العمل ويعبر عن سروره بهياج عنيف وشروء.

أما النوع الثالث فهو (الهوس فوق الحاد Hyper Mania)؛ ويتصف بعنف التصرفات ويكون الفرد فيه خطراً على نفسه وعلى غيره ويجب عزله. ويسمى هذا المرض العقلي (الهوس) أحياناً (بالجنون الدوري) لأن المريض ينتقل فيه من هوس وهياج إلى هبوط واكتئاب. وفي النوع الأول للهوس يرقق المريض ويشتم وينفعل، أما النوع الثاني Mania Depressive فيشتد الانفعال والهياج ويصل إلى تحطيم الأشياء ومحاولة الاعتداء على الغير والشتم ثم الضحك بصوت عال وبعدها هدوء واكتئاب.

!

جنون الاكتئاب (المالينخوليا): Melancholia

ويتجه المصاب بهذا النوع من الجنون الاكتئابي إلى التشاؤم ويتوهم أنه مصاب بأمراض فتاكة لا أمل من شفائها وينتهي به الأمر إلى قطع أصابعه

ولا سيما أعضائه الساسلية لأنها مصدر خطاياہ ببطره وسحد حوہ
الاكتئاب ثلاثة أشكال:

أ- حالات الاكتئاب السيط: وفيها بطة عقلي وجسمي وعدم اشتراك
بأي نشاط عملي.

ب- حالات اكتئاب حاد: المريض بعزل فيها نهائياً عن المجتمع ولا
يجيب على أي كلام. ويتوهم نفسه محرمأ ويقترب من الانتحار.

ج- حالات اكتئاب سن اليأس: وهي عند النساء بين (٤٠ - ٥٠)
وعند الرجال بين (٥٠ - ٦٥) ويسودها ضعف جسمي وفيريولوجي شامل
وخول في افرازات الغدد وهواجس سوداوية متشائمة وعلامات للقلق
والشرود ويتحرك المصاب ذهاباً وإياباً في الغرفة ويشد شعره وبعض شفتيه
ويندب حالته ويرفض الطعام ويعتدي على كل من يقترب منه. ومن العلماء
من يرى في هذه الأعراض انعكاساً لفقدان الهرمونات الجنسية عند
المريض.

حواشي الفصل التاسع

(١) عقاقير مستعملة ضد الاكتئاب: أمبرامين Imipramine

- التوفرانيل: Tofranil ٧٥ - ٣٠٠ م.ع. يومياً.
- بيرتوفران: Pertofran ٧٥ - ٣٠٠ م.غ. يومياً.
- سيرمونتيل: Surmontil ٧٥ - ٣٠٠ م.غ. يومياً.
- تريبتيزول: Tryptizol ٧٥ - ٣٠٠ م.غ. يومياً.
- كونكوردين: Concordin (٣٠ - ٨٠) م.غ. يومياً.
- ثيوريدازين: Thioridazine

(٢) عقاقير وأدوية مستعملة لتخفيف التوتر والهوس والهياج الحركي الزائد:

- كلوربرومازين: Chlorpromazine.
- فاليوم: Valium.

(٣) راجع الدكتور أحمد عكاشة: علم النفس الفيزيولوجي: ص ٢٥٦ دار المعارف
مصر- القاهرة: ١٩٦٨.

(٤) سيتناول المؤلف في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي) كافة مناهج
العلاج.

(٥) راجع الدكتور أحمد عكاشة: علم النفس الفيزيولوجي. ص
٢٥١-١٩٦٨- دار المعارف بمصر- القاهرة.

الفصل العاشر

التصنيف السوقييتي للأمراض النفسية والعقلية

الفصل العاشر

التصنيف السوفييتي للأمراض النفسية والعقلية

تمهيد:

لقد تطرقنا في (الفصل الرابع) من هذا الكتاب للحديث عن التشخيص واستعرضنا التصنيف العلمي للأمراض العقلية والنفسية الصادر عن (جمعية الطب النفسي الأمريكي) لعام ١٩٦٨ . ولعل من الخطأ العادح الذي تقع به معظم المؤلفات العربية في عصرنا، هو وضع القارئ العربي أسيراً في قيود (وجه واحد) من العملة العلمية العالمية، دون إتاحة الفرصة أمامه ليرى الوجه الآخر لها . وابتلاعاً من هذه الشمولية في عرض النظريات المتعددة فقد وجدت بأنَّ الضرورة تقتضي إتاحة الفرصة أمام - القارئ العربي - لمعرفة التصنيف السوفييتي للأمراض النفسية والعقلية .

يرى الأطباء العقليون الروس أن هالك ضرورة ماسة للتعاون الوثيق بين العديد من الاختصاصات لحل مشاكل الاضطرابات العقلية في نشأتها وعلاجها . وهذا التعاون يجب أن يكون بين الأطباء العقليين والمصابين والجسميين، وعلماء الميرولوجيا والكيمياء الحيوية والباثولوجيين وعلماء الغدد وغيرهم .. وقد بدأ (مافلوف) الطريق وتابع تلاميذه من بعده المساهمات الضخمة في علم النفس المرضي التحريبي بخلق حالات عصابية

وذهابية تجريبية في الحيوانات للوصول من خلالها إلى معرفة (أمراض النفس الإنسانية). وقد استخدموا العقاقير والمواد الكيميائية والأشعة والكهرباء والتخدير لافتح حالات غيبوبة وهلوسات كما يحدث في الفصام وطبقوها على الحيوانات من أجل غاية علمية جلية هي إثراء معرفتنا حول الأمراض النفسية والأمراض العقلية.

ويستند العلماء السوفييت عن التركيز على (المرض) ونقاط الضعف، ويجعلون جوهر اهتماماتهم (دراسة شخصية المريض ككل) ولهذا فهم يفردون علماً مستقلاً عن الطب العام وهو (الطب النفسي) Psychological Medicine أو علم النفس الطبي: Medical Psychology ويرى العالمان (بورتنوف وهيدوتوف) أن هذا العلم الحديث يجب أن يشغل اليوم مكاناً قيادياً في ميدان المعارف المعقدة الدقيقة التي تستلزم كل طبيب ومختص. وعلم النفس على هذا هو علم (العمليات النفسية) وعلم صفات الشخصية المعبرة عن نفسها: Attributes في مختلف الأمزجة، وأغاط الطباع، والنشاط الاجتماعي. ونفسية المريض Patient's Psyche تلعب ملامحها الخاصة دوراً هاماً في أي مرض. كما أن تغيرات هذه النفسية تحدث ليس فقط في الأمراض العقلية والعصابية بل أيضاً في الكثير من الأمراض العصبية والجسمية.

ولم يعد بإمكان أي طبيب أن يتجاهل (النواحي النفسية) في المرض الجسمي تشخيصاً وعلاجاً.

ويرى العلماء السوفييت أن المنطلق يجب أن يكون فيزيولوجياً ونايوكيمياً؛ فموضوع علم النفس الطبي الأساسي عندهم هو دراسة (استحالة الشخصية للمرض)، ودراسة أغاط الاتصال والعلاقات بين

الطبيب والمريض، وثالثاً دراسة المريض ومن حوله من الناس والمؤثرات؛ بهدف خلق أنسب وأكفأ ظروف تناول المريض علاجياً بما يتفق مع ملامح شخصيته الفردية.

ويؤكد بورتنوف وفيدوتوف^(١) بأنه في مجال الطب العقلي يتلاحم علم النفس الطبي: Medical Psychology مع الطب العام: General Medicine ويشأ منها علم يدرس أسباب وتطور وتشخيص وعلاج أمراض النفس بما يميزه عن علم الأمراض النفسية، وعلم النفس المرضي. فعلم الأمراض النفسية: Psychopathology يدرس التغيرات المرضية في النفس التي تظهر في مختلف أنواع الذهان (مثل: التوهات، والحالات الوجدانية، واضطرابات الذاكرة، والإرادة والشعور..)؛ أما علم النفس المرضي Pathopsychology فهو فرع من علم النفس الطبي يختص بطرق البحث السيكولوجي التي تستخدم الدراسة الإكلينيكية للحالة العقلية للمريض فيما يتصل - ليس فقط بمرضه ذاته - بل أيضاً بالإمكانات التعويضية أو التحملية الكامنة في شخصيته.

ونود الإشارة في أن ثمة ثلاثة اتجاهات تسيطر على تفكير العلماء السوفييت وهي:

١ - النظرة المادية Materialist View : فهم يربطون بحوثهم ودراساتهم عن الاضطرابات العقلية (بالمخ والجهاز العصبي) ويعتبرون أن نقطة البداية هي الكشف الباقالوقية ومبدأ المنعكس الشرطي ويتأثر علم النفس عندهم عموماً بالإشراط والانعكاس والأعصاب والدماغ والفيزيولوجيا ويعتمد عن التحليل النفسي والميتافيزيك.

٢ - يركز العلماء السوفييت على أولوية (الجماعة والمجتمع) ودورها فوق

(الفرد) في إحداث الاضطراب العقلي والنفسي؛ وبالتالي في تأمين العلاج والشفاء؛ فالمجتمع والبيئة هما المصدر الحقيقي للمشكلات القائمة عند الأفراد ولا بد من (تعبير بنية المجتمع ونظام الإنتاج وعلاقاته ومؤساته) لضمان المناخ النفسي المساعد للفرد في التغلب على مشكلاته الذاتية؛ بينما تميل الدول الرأسمالية على التركيز (على الفرد) ووضعه في مستوى الأولوية.

٣- لقد استفاد العلماء السوفييت من المحاولات المعاصرة التي بدأها العالم النفسي البريطاني (آيزنيك)؛ في إلقاء اهتمام علم النفس المرضي بتصنيف الساس وتقسيمهم إلى مجانين وأسياء ، والقول كبديل لذلك بفكرة الخط المستمر في المرض النفسي: Continuum. وقد تمكن آيزنيك من دراسة أمراض العقل بالتحليل العاملي Factor Analysis للشخصية. وقد وحد العلماء السوفييت من إدخال التحليل العاملي في صميم البحوث المرتبطة بالأمراض العقلية والنفسية (الفرصة الذهبية) ليجعلوا موضوع الطب النفسي (علاج شخصية المريض) مقابل اختصاص الطب العقلي (بكل موقف المرض جسماً وعقلاً؛ مادة ونفساً).

ويبدو هذا التحديد بمثابة أسلوب للتوضيح في أن الاتجاه السوفييتي يهتم بالصحة الاجتماعية للفرد الذي يعيش في وسط اجتماعي؛ أكثر من اهتمامه بفرد يعيش معزلاً عن مؤثرات بيئته. كما أنه لا يحاول مراولة التأثير على شخصية الفرد بالمعاقير النمسية التي بدأت الولايات المتحدة وأوروبا استخدامها لأغراض (غير علاجية)^(١٢).

أما التفرقة في الدول الرأسمالية العربية بين الطب النفسي والطب العقلي فيخضع لصدامات مهنية Professional Conflicts لأن الطبيب العقلي Psychiatrist لا بد من أن تكون لديه حلمية من الطب متخصصة

بجانب تدريبه على علم النفس، بينما المحلل النفسي Psychoanalyst فهو الحامل لشهادة الدكتوراة في علم النفس: PH.D وفي بروز أهمية علم النفس الإكلينيكي وتخرج علماء نفس إكلينيكين بدأت الفجوة تضيق بين الطرفين وأصبح معظم المزاولين للتشخيص والعلاج من الأخصائيين النفسيين بصرف النظر عن الخلفية الطبية لهم. ويشير الدكتور كمال دسوقي رئيس قسم الدراسات الفلسفية والاجتماعية بجامعة بيروت في كتابه (الطب العقلي والنفسي)؛ بقوله:

« إن جمهورية مصر العربية عن طريق إدارة العلاج الحر بوزارة الصحة العامة تجيز لمدرسي علم النفس من الدكاترة في الجامعات والمعاهد المتخصصة بعد سنوات من حصولهم على الدكتوراة في علم النفس مزاولة العلاج النفسي »^(٣).

وقد ظهر في العصر الحديث اتجاه جديد يتناسق ويتماشى إلى حد كبير مع التفسير السوفييتي للأمراض العقلية والنفسية على يد العالم (فيليبس ليزلي: Philips Lesile) يؤكد أن النظرة لأعراض المرض Symptoms يجب أن ينظر إليها لا على أنها علامات مرض بل هي جهود الشخص غير المجدية للإحاطة بمشاكل حياته الخاصة وعجزه عن التوافق مع البيئة^(٤).

فالأعراض على هذا هي (شخصية المريض) التي تحاصرها صعوبات فوق ما يحتمل أو يطبق وكلها عناصر حرة شخصية تشير لاجتماع وحياة لها تاريخ وديناميات ذات تأثير بعيد في تكوين الأعراض والحالة التي نواجهه.

وفيما يلي من صفحات سنعرض للقارئ العربي التصنيف السوفييتي الكامل مأخوذاً من المصدر رقم (٢) المشار إليه.

التصنيف الروسي للأمراض العقلية والنفسية^(٥)

قائمة بالاضطرابات وأرقامها الرمزية جدول (٤)

(١) التأخر العقلي

- التأخر العقلي (٣١٠ - ٣١٥).
- ٣١٠ التأخر العقلي الحدي Borderline .
- ٣١١ التأخر العقلي الخفيف .
- ٣١٢ التأخر العقلي المتوسط .
- ٣١٣ التأخر العقلي الشديد .
- ٣١٤ التأخر العقلي العميق .
- ٣١٥ التأخر العقلي غير المين Unspecified .

يجب أن تستخدم تفريعات الرقم الرابع التالية مع كل من الأنواع السابقة، كما يجب تحديد نوع الحالة الجسمية المرتبطة كتشخيص إضافي حين تكون معروفة.

- صفر عقب إصابة أو تسمم.
- ١ أثر صدمة أو عامل جسدي.
- ٢ مع اضطرابات أبيض، أو غمو، أو تغذية.
- ٣ المرتبطة بمرض مح كبير (بعد الولادة).
- ٤ المرتبطة بأمراض وحالات ترجع لتأثير (غير معروف) ما قبل الولادة.

- ٥ مع شذوذ كروموزومي (صفات الجينات).
- ٦ المرتبط بعدم النضج.
- ٧ عقب اضطراب عقلي رئيسي.
- ٨ عن حرمان (بيئي) سيكواجتماعي.
- ٩ مع حالة أخرى (غير معينة).

(٢) جملة أعراض المخ العضوية

الاضطرابات التي تنشأ عن أو ترتبط بتلف وظيفة نسيج المخ. وفي الأنواع المدرجة تحت (٢) أ، (٢) ب، يجب أن يحدد نوع الحالة الجسمية المرتبطة إذا كانت معروفة.

(٢) أ الذهان المرتبطة بأعراض مخ عضوية (٢٩٠ - ٢٩٤):

٢٩٠ جنون الشيخوخة وما قبل الشيخوخة

- صفر جنون الشيخوخة.
- ١ جنون ما قبل الشيخوخة.

٢٩١ ذهان الإدمان الكحولي

- صفر الإحفة الهذيان Delirium Tremens
- ١ ذهان كورسكوف (كحولي).
- ٢ هلوسات ادمانية أخرى.
- ٣ حالة الهذاء الكحولي (البارانويا الكحولية).
- ٤ التسمم الكحولي الحاد.
- ٥ التدهور الكحولي.

- ٦ النسم الباثولوجي .
- ٩ دهانات كحولية أخرى (غير محددة النوع) .

٢٩٢ الذهان المرتبط باصابة داخل الجمجمة Intracranial Infect

- صفر ذهان الشلل العام .
- ١ الذهان من رهري آخر بالجهاز العصبي المركزي .
- ٢ دهان التهاب المخ أو الدماغ الوبائي Encephalitis .
- ٣ دهان الالتهابات الدماغية الأخرى (غير محددة النوع) .
- ٩ دهان إصابات داخل الجمجمة الأخرى (غير محددة النوع) .

٢٩٣ دهان مرتبط بحالة مخية أخرى Cerebral

- صفر ذهان تصلب الشرايين بالمخ Arteriosclerosis .
- ١ دهان اضطراب أوعية مخ آخر Cerebrovascular .
- ٢ دهان الصرع .
- ٣ دهان خراج داخل الجمجمة Intracr. Neoplasm .
- ٤ دهان مرض تشويبي للجهاز العصبي المركزي .
- ٥ دهان رضوض (صدمة) المخ .
- ٩ دهان حالة مخية أخرى (غير محدد النوع) .

٢٩٤ دهان مرتبط بحالة جسمية أخرى

- صفر دهان اضطراب افراز الغدد الصماء .
- ١ دهان اضطراب الأيض أو التغذية .
- ٢ دهان إصابة جهاز Systemic Infect .

- ٣ دهان تسم المخدر أو السم (غير الكحول).
- ٤ دهان مع الولادة.
- ٨ دهان حالة جسمية أخرى وغير مشخص.
- ٩ دهان حالة جسمية غير محددة النوع.

(٢) ب أعراض المخ العضوية غير الذهانية (٣٠٩)

٣٠٩ جملة أعراض المخ العضوية (ام ع) غير الذهانية (اضطرابات عقلية غير محددة كذهان وترتبط بمحالات جسمية):

- صفر ام ع غير ذهاني مع إصابة داخل الجمجمة
- ١ ام ع/غذ بالمخدر، أو السم، أو تسم جهازى.
- ١-٣ ام ع/غذ بإدمان كحولى (سكرى بسيطة).
- ١-٤ ام ع/غذ بمخدر، أو سم، أو تسم جهازى.
- ٢ ام ع/غذ رضوض المخ.
- ٣ ام ع/غذ اضطراب دورة الدم.
- ٤ ام ع/غذ الصرع.
- ٥ ام ع/غذ اضطراب الايض، أو النمو، أو التغذية.
- ٦ ام ع/غذ مرض المخ الشىخوخى أو ما قبل الشىخوخى.
- ٧ ام ع/غذ خراج داخل الجمجمة.
- ٨ ام ع/غذ مرض تشويى للجهاز العصبى المركزى.
- ٩ ام ع/غذ حالة جسمية أخرى (غير محددة النوع).
- ٩١ - أعراض مخ حادة (غير معينة فى مكان آخر).
- ٩٢ - أعراض مخ مزمنة (غير معينة فى مكان آخر).

(٣) ذهانات لا ترجع للحالات الجسمية السابق تصنيفها (٢٩٥ - ٢٩٨)

٢٩٥ الفصام

- صفر الفصام النوع البسيط .
- ١ الفصام النوع المراهقي .
- ٢ الفصام النوع التصلي .
- ٢٣ الفصام النوع التصلي المستثار .
- ٢٤ الفصام النوع التصلي المنسحب .
- ٣ الفصام النوع الهذائي .
- ٤ الشطحة Episode الفصامية الحادة .
- ٥ الفصام النوع الكامن .
- ٦ الفصام النوع المترسب .
- ٧ الفصام النوع الانفصامي الوجداني .
- ٧٣ الفصام نوع انفصام الوجدان مستثار .
- ٧٤ الفصام نوع انفصام الوجدان مكتئب .
- ٨ الفصام النوع الطفولي .
- ٩٠ الفصام النوع المزمن غير المميز .
- ٩٩ الفصام أنواع أخرى (غير محددة النوع) .

٢٩٦ الاضطرابات الوجدانية الكبرى (ذهانات الوجدان)

- صفر سوداء يأس الكهولة .
- ١ المرض الاكتئابي الحسوبي: النوع الجنوني من الذهان .
- ٢ المرض الاكتئابي الجسوبي: النوع الاكتئابي من هذا الذهان .
- ٣ مرض الاكتئاب الجنوني: النوع الدوري من هذا الذهان .

- ٣٣ مرض الاكتئاب الجنوني، النوع الدوري حنوبي.
- ٣٤ مرض الاكتئاب الجنوني، النوع الدوري مكتئب.
- ٨ اضطراب وجداني آخر كبير (الذهانات الوجدانية، غيرها).
- ٩ اضطراب وجداني كبير غير محدد النوع.
- (اضطراب وجداني غير مصنف في مكان آخر).
- (مرض هوس اكتئابي غير مصنف في مكان آخر).

٢٩٧ حالات الهذاء (البارانويا):

- صفر البارانويا.
- ١ حالة اليأس البارانوية - البارافرنيا.
- ٩ حالات هذائية أخرى.

٢٩٨ ذهانات أخرى

- صفر الاستجابة الذهانية الاكتئابية (الذهان الاكتئابي الاستجابة).
- ١ الاثارة الاستجابية Reactive Excitation.
- ٢ الارتباك الاستجابي React. Confusion.
- (حالة ارتباك حادة أو شبه حادة).
- ٣ الاستجابة الهذائية الحادة.
- ٩ الذهان الاستجابي - غير محدد النوع.

٢٩٩ ذهان غير محدد النوع

- (الهوس، والجنون، والذهان غير المصنف في مكان آخر).

(٤) أمراض العصاب (٣٠٠)

٣٠٠ أمراض العصاب

- صفر عصاب القلق.
- ١ عصاب الهستيريا.
- ١٣ عصاب الهستيريا النوع التحويلي.
- ١٤ عصاب الهستيريا النوع التفكيرى.
- ٢ عصاب الخواف Phobic .
- ٣ عصاب تسلط الأعمال والأفكار Obsessive Compulsive .
- ٤ عصاب الاكتئاب .
- ٥ عصاب الوهن أو الخور النصي (النيورستانيا).
- ٦ عصاب افتقاد الشخصية Depersonalization .
- ٧ عصاب توهم المرض .
- ٨ أنواع عصاب أخرى .
- (٩ أمراض عصاب غير محددة النوع).

(٥) اضطرابات الشخصية وبفعل اضطرابات عقلية أخرى غير ذهانية (٣٠١ - ٣٠٤)

٣٠١ اضطرابات الشخصية

- صفر الشخصية الهدائة.
- ١ الشخصية المتقلبة الأطوار (الشخصية الوجدانية).
- ٢ الشخصية العصامة.
- ٣ الشخصية المنفجرة.

- ٤ الشخصية التسلطة (المغلوبة على أمرها Anankastic) .
- ٥ الشخصية المستيرية.
- ٦ الشخصية الواهة أو الخائرة Asthenic .
- ٧ الشخصية اللاجتماعية.
- ٨١ الشخصية السلية العدوائية.
- ٨٢ الشخصية القاصرة Inadequate .
- ٨٩ اضطرابات شخصية أخرى من أنواع معينة.
- (٩ اضطراب شخصية غير محدد النوع).

٣.٢ الانحرافات الجنسية

- صفر الجنسية المثلية.
- ١ حب مستلزمات الجنس الآخر Fetishism .
- ٢ عشق الصغار Pedophilia .
- ٣ الالتباس بالجنس الآخر Transvestitism .
- ٤ الميول الاستعراضية.
- ٥ البصبة (زنا العين) Voyeurism .
- ٦ السادية .
- ٧ المازوكية.
- ٨ انحرافات جنسية أخرى.
- (٩ انحرافات جنسية غير محددة النوع).

٣.٣ الإدمان الكحولي

- صفر إفراط الشراب الاستطراذي Episodic .
- ١ إفراط الشراب بالاعتیاد .

- ٢ ادمان الشراب .
- ٩ ادمان كحولي آخر غير محدد النوع .

٣٠٤ تعاطي المخدرات

- صفر تعاطي المخدر: افيون، وشه قلوبات الافيون ومشتقاتها .
- ١ تعاطي المخدر مركبات تحديرية Analgesics ذات آثار شبيهة بالمورفين .
- ٢ تعاطي المخدر عقارات الباريتال المنومة .
- ٣ تعاطي المخدر المنومات والمسكنات أو المهدئات الأخرى .
- ٤ تعاطي المخدر الكوكايين .
- ٥ تعاطي المخدر القنب الهندي Cannabis Sativa .
- (الحشيش والماريهوانا) .
- ٦ تعاطي المخدر مبيهاة نفسية أخرى .
- ٧ تعاطي المخدر عقارات الهلوسة .
- ٨ تعاطي المخدر تعاطي مخدرات أخرى .
- (٩ تعاطي مخدر غير محدد النوع) .

(٦) الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (٣٠٥)

٣٠٥ الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (اضطرابات جسمية يفترض أنها من أصل نفسي)

- صفر الاضطراب الجلدي السيكوفيزيولوجي .
- ١ اضطراب الهيكل العصلي السيكوفيزيولوجي .
- ٢ الاضطراب التنمسي السيكوفيزيولوجي .

- ٣ اضطراب أوعية القلب السيكونفزيولوجي .
- ٤ الاضطراب الدموي واللمفاوي السيكونفزيولوجي , Hemic Lymphatic

- ٥ الاضطراب المعدي المعوي السيكونفزيولوجي .
- ٦ الاضطراب الولي التناسلي السيكونفزيولوجي .
- ٧ اضطراب الغدد الصماء السيكونفزيولوجي .
- ٨ اضطراب أحد أعضاء الحس السيكونفزيولوجي .
- ٩ اضطراب سيكونفزيولوجي من نوع آخر .

(٧) أعراض خاصة (٣٠٦)

٣٠٦ أعراض خاصة لم يرد تصنيفها في مكان آخر

- صفر اضطراب الكلام .
- ١ اضطراب تعلم خاص .
- ٢ اللازمة اللاارادية الحركية Tic .
- ٣ اضطراب حركي نفسي آخر .
- ٤ اضطرابات النوم .
- ٥ اضطرابات التغذية .
- ٦ البوال (تبول لاإرادي) Enuresis .
- ٧ عدم ضبط التبرز Encopresis .
- ٨ وجع الرأس Cephalalgia .
- ■ اعراض أخرى .

(٨) اضطرابات موقفية عارضة (٣٠٧)

٣٠٧ اضطرابات موقفية عارضة (عابرة، وقتية أو مرحلية انتقالية (Transient)

- صفر الاستجابة التوافقية للمواليد.
- ١ الاستجابة التوافقية للطفولة.
- ٢ الاستجابة التوافقية للمراهقة.
- ٣ الاستجابة التوافقية في حياة الراشد.
- ٤ الاستجابة التوافقية للسن المتأخرة.

(٩) اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (٣٠٨)

٣٠٨ اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (اضطرابات سلوك الطفولة)

- صم استجابة فرط الحركة Hyperkinetis في الطفولة (أو المراهقة).
- ١ استجابة الانسحاب في الطفولة (أو المراهقة).
- ٢ استجابة القلق الزائد في الطفولة (أو المراهقة).
- ٣ استجابة الهروب Runaway في الطفولة (أو المراهقة).
- ٤ الاستجابة العدوانية غير النامية اجتماعياً في الطفولة (أو المراهقة).
- ٥ الاستجابة لجناح الجماعة في الطفولة (أو المراهقة).
- ٩ استجابات أخرى للطفولة (أو المراهقة)

(١٠) حالات بدون اضطراب عقلي ظاهر والحالات غير المحددة النوع
(٣١٦-٣١٨)

٣١٦ توافقات اجتماعية دون اضطراب عقلي ظاهر

- صفر عدم التوافق الزوجي .
- ١ عدم التوافق الاجتماعي .
- ٢ عدم التوافق المهني .
- ٣ السلوك غير الاجتماعي Dyssocial .
- ٩ عدم توافق اجتماعي آخر .

٣١٧ حالات غير محددة النوع

٣١٨ عدم وجود اضطراب عقلي

(١١) مصطلحات غير تشخيصية للاستعمال الاجرائي (٣١٩)

٣١٩ اصطلاحات غير تشخيصية للاستعمال الإداري

- صفر التشخيص مؤجل Deferred .
- ١ تحت الرعاية في بيت خاص .
- ٢ للتجربة فقط .
- ٩ غير ذلك .

وعلى نفس النسق تقريباً يسير الطب العقلي في روسيا إذ يقول الاطباء
الروس^(١) (١٩٦٨) ان الطب العقلي يدرس ما يلي من أمراض وانحرافات
Anomalies : نو

١ - ذهانات ترتبط بأمراض منتقلة **Infectious** :

أ- اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية الحادة (تيفوس، سل، انفلونزا...).

ب- اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية المزمنة (زهري المخ، الشلل العام، التهاب الدماغ).

٢ - ذهانات ترتبط بالتسمم **Intoxication** :

أ- اضطرابات عقلية في السموم المهنية (الرصاص، تترائيل الرصاص، أول أكسيد الكربون).

ب- أنواع جنون التخدير (الكحولية المزمنة، رجفة الهديان، ذهان كورساكوف، المورفيسية... الخ).

٣ - اضطرابات عقلية ترتبط بأثر صدمة في المخ **Traumatic** :

أ- ذهانات الصدمات الحادة.

ب- مرض الدماغ من أثر الصدمة.

٤ - اختلالات عقلية في الأمراض الجسمية **Somatic** :

أ- الاضطرابات العقلية في أمراض القلب.

ب- الاضطرابات العقلية في أمراض أعضاء البطن.

٥ - الاضطرابات العقلية في أمراض الأوعية الدموية **Vascular** :

أ- تصلب شرايين المخ.

ب- مرض فرط توتر الأوعية **Vasc. Hypertension**.

٦ - الاضطرابات العقلية في سن اليأس **Involution** :

أ- ذهانات ما قبل الشيخوخة (الكهولة).

- ب- ذهانات الشيخوخة.
- ٧- الاستجابة الفصامية.
- ٨- الاستجابة الجنونية الاكتئابية (هوس الاكتئاب).
- ٩- الصرع.
- ١٠- أمراض العصاب:
 - أ- الوهن العصبي.
 - ب- الوهن النفسي.
 - ج- المستيريا.
 - د- الاستجابة التسلطية.
- ١١- الأمراض السيكوباتية.
- ١٢- التخلفات العقلية.

- ١- أمراض عقلية علتها غير معروفة
 - ١- الفصام (الخبل المبكر، اضطرابات فصامية، استجابات فصامية)
 - أ- النوع البسيط.
 - ب- النوع المراهقي.
 - ج- النوع البرانوني.
 - د- النوع الترددي Periodic (الفصام الحاد، التخشب الترددي البوبات، الفصام الدوري Circular، الفصام الاكتئابي البرانوني).
 - ٢- البرانونيا (الهذاء)
 - ٣- ذهان الاكتئاب الجنوني (الذهان الدوري، الجنون الدوري Cyclothymia، الاكتئاب أو الهوس).

- ٤ - ذهان الشيخوخة:
- أ- ما قبل الشيخوخة (كآبة اليأس)، سداء التقاعد، Climacteric Melanch. (اكتئاب تقدم سن اليأس).
- ب- حالة ما قبل الشيخوخة البرانونية.. توهم العطب من الكهولة، فصام الكهولة البارانوني (بارافريا) وعيره من ذهانات التوهم في سن الاكتهال Presenility.
- ٥ - جنون الشيخوخة.
- ٦ - مرض الزهايمر Alzheimer's Dis.
- ٧ - الصرع.
- ٢ - أمراض عقلية (اضطرابات) ترتبط بأمراض جسمية عامة، وبالعدي، والتسمم، والصدمات والآفات العضوية الأخرى
- ١ - اضطرابات عضوية في أمراض الشرايين (تصلب الشرايين، فرط توتر الشرايين، التهاب تجلط شرايين المخ Cerebrovascular Thr. Thrombo-Angilitis)
- ٢ - حالات الوهن المزمن والحالات شبه العصابية.
- ٣ - الاضطرابات النفسية في الالتهاب السحائي Meningitis وفي التهاب الدماغ Encephalitis.
- ٤ - الاضطرابات العقلية المرتبطة بزهرى المخ (سفس):
- أ- زهرى المخ.
- ب- الشلل التدريجي.

٥ - الاضطرابات النفسية في الأمراض الجسمية العامة غير المعدية (أمراض القلب والكبد، وجهاز الغدد... الخ).

٦ - أمراض التسمم الذهانية.

أ - الكحولية المزمنة.

ب - ذهانات الادمان الكحولي (الهذيان، الارتعاش، الهلوسة الكحولية، التوهم الكحولي لعدم الوفاء الزوجي، التسمم الكحولي الباثولوجي، شبه الشلل أو الشلل الكاذب، دهان كورساكوف، مرض دماغ ورنكه (Wernicke).

ج - جنون تسمم أخرى (هوس المخدرات).

د - تسممات مهنية وغيرها (ذهاناتها الحادة والمزمنة، حالات الترسب (Residual).

٧ - أمراض عقلية ترجع لاصابة المخ (صدمة المخ، جرح مفتوح، مقفل Open, Closed، صدمة الجمجمة... الخ)، الصدمات الكهربائية.

أ - ذهانات الصدمات الحادة.

ب - الذهانات المزمنة.

ج - اضطرابات الشخصية الدائمة وحالات الوهن.

٨ - اضطرابات الذهان لدى الأشخاص المصابين بأمراض عضوية أخرى:

أ - ناشئة عن تورم المخ.

ب - أمراض عصبية أخرى (تصلب شاركو المتناثر Disseminated Scler. خراجات المخ Br. Abscesses مرض هنتسجتون... الخ).

٩ - الجنون الراجع إلى عمليات ضور جهازية في المخ (في سن الكهولة أساساً):

أ- مرض بيك Pick .

١٠ - اضطرابات نفسية ناشئة عن تأثيرات عضوية مترسبة عن علل مختلفة:

أ- الذهانات الدورية.

ب- حالات عدم التعويض (الاعراض الاكلينيكية الشبيهة بالنيوروباتية والسيكوباتية) التي تثيرها علل خارجية التكوين (جسمية ونفسية).

٣ - الاستجابات والتكوينات النفسية الأصل

أ- ذهانات من أصل نفسي Psychogenic استجابية .

ب- الذهانات المستيرية الحادة (حالات الرؤى الشفقية، ذهول الغيبوبة Stupor، شبه الحنون، الصيانية Puerilism).

ج- الحالات البرانونية النفسية التكوين.

د- الاكتئاب الاستجابي.

هـ- صور أخرى (توهات استنتاجية Induced Del. توهم المرض، حب الاشكالات والتقاضى Litigious Ideas - توهات الاحقاد).

١١ - أمراض العصاب:

أ- الوهن أو الخور (لا تشمل هذه المجموعة حالات الوهن التي ترجع لانتقال الأمراض، أو للتسمم، أو للصدمات، أو للأمراض الجسمية العامة غير المعدية): استجابة الوهن، الوهن النفسي الأصل، عصاب التعب... الخ.

ب- عصاب الحالات التسلطية (مختلف التسلطات والمخاوف).

ج- المستيريا (النسيان، العمى، احتباس الصوت Aphonia الصمم

والسك Surdomutism ، الارتعاشات ، الشلل ، المعجز عن النهوض
Astasia-Abasia فقدان حاسة الشم (Anosmia) .

د - حالات عصبية ، خصوصاً في الأطفال (السك الاختياري ، التهنه
أو اللجلجة ، الاختلاجات الملارمة Tics ، فقدان الشهية Anorexia ، القيء
الاعتيادي ، البوال Enuresis ... الخ) .

٤ - اضطرابات عقلية ترجع لمرض نفسي ارتقائي (انحرافات الطبع أو
السلوك التكوينية الثابتة ، تأخر النمو العقلي المتعدد الأسباب المرضية)

١ - الشخصية السيكوباتية:

أ - الانماط الوجدانية (الشخصية المريضة النفس عاطفياً نسبة لغدة
التييموس Thymopathic): الناقصة الوجدان Hypothymic (مكتئبة) ،
المفرطة الوجدان (مستثارة) ، الدورية الوجدان ، الشخصية المتقلبة
الانفعال Emotional-Labile = Irascible .

ب - الواهنة (مرض عصبي تكويني ، وهن نفسي) .

ج - الشخصية شبه العصامية .

د - الشخصية شبه البرايوتية .

هـ - الشخصية المستيرية (مرض الكذب Pseudologia ونحوه) .

و - الانحراف الجنسي .

ز - الشخصية غير الثابتة ... الخ . عدم الثبات الانفعالي الخ .

ح - الحالات الشبيهة بالسيكوباتية التي تنمو في الأطفال عقب تأثيرات
المخ .

٢ - نقص العقل:

أ- الضعف Debility .

ب- الغباء Imbecility .

ج- العته Idiocy .

د- الأمراض الجينية يختلف أصولها (مرض داون Down - نقص العقل الفينايلبوريكي، جفاف الجلد Xeroderma... الخ)^(٧).

وبعد استعراض التصنيف السوفييتي للأمراض العقلية والنفسية؛ نود أن نقدم للقارئ العربي (جدولاً مقارناً) بين الأمراض النفسية والعقلية يتضمن (سبعة أبعاد) كخصائص عامة وهي:

(الأسباب، السلوك العام، التوافق الاجتماعي، التحكم في الذات، الاستبصار، العلاج، التنبؤ)؛ على الشكل التالي:
(انظر جدول رقم ٥):

جدول رقم (٥)

المقارنة بين المصاب والذهان في سبع خصائص

الخصائص	المصاب	الذهان
الأسباب.	العوامل البيولوجية لها الأهمية الأولى والعوامل الوراثية غير محددة.	العوامل الوراثية لها أهمية خاصة في بعض الحالات، والعوامل البيورولوجية تحتم المرض عادة وأما العوامل النفسية فهي عوامل مساعدة.

المصانص	العصاب	الدهان
السلوك العام:	الكلام والتفكير مطلقيان ومتراطان. فقدان الاحتكاك بالواقع بسيط. لا توجد هلوسات أو هذآآت.	الكلام وعمليات التفكير غير مترابطة. السلوك غريب وشاذ. توجد هلوسات وهذآآت
التوافق الاجتماعي	السلوك بصفة عامة يتطابق مع المستويات الاجتماعية المقبولة	العادات الاجتماعية معقودة، والسلوك لا يتفق والمستويات الاجتماعية المقبولة.
التحكم في الذات:	يستطيع أن يتحكم في نفسه أحياناً ويباعد نفسه ومن المحتمل أن يتحرر.	لا بد من وضعه في مؤسسة لـمه من إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين.
الاستنصار	دائماً جيد.	استنصاره نادر وهو بصفة عامة يفترق للاستنصار.
العلاج.	العلاج النفسي هو الأساسي	العلاج الطبي والسمي وصرورياته. التحكم في السلوك بالمركبات الكيميائية وعندما يرل إلى الواقع يعالج بـصائاً
التسؤ	لا يوجد تدهور، ومن المتوقع أن يتحسن بالعلاج	قد يحدث التدهور في الحالات المرمة ومن الممكن أن نقلل من الوقت الذي يقضيه في المستشفى.

حواشي الفصل العاشر

(1) Portnov + Fedotov: Psychiatry, Mir Publi. Moscow, 1969, p.p. 328
и U S S R

(٢) تعتبر وكالة المخابرات الأمريكية: C.I.A المركزية، والداخلية: F B I في مقدمة المؤسسات لاستخدام العقاقير لغايات غير علاجية، وقد تم رصد مبلغ ٢٠٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار لوحدة بحوث للمناهج السلوكية والكيميائية لتحقيق أهداف المخابرات في الخارج والداخل.

(٣) راجع الدكتور كمال الدسوقي: (الطب العقلي والنفسي): لبنان - دار النهضة العربية - بيروت - ١٩٧٤ . ص ٢٣ .

(4) Leslie Philiphs, A Social View of Psychopathology, 1968-Chap. 12, p. 453- London + Rosenhan Foundation.

(5) Portnov + Fedotov, Psychiatry, Mir Publishers, Moscow, 1969 p.p. 105-108 U.S.S R.

(6) Morosov & Romasenko, Nerv. & Psychic Diseases, Mir Publ Moscow, 1968, pp. 135-136

(7) Portnov & Fedotov, Psychiatry, Mir Publishers, Moscow, 1969, pp 105-108

القِسْمُ الثَّانِي

أَسَسُ عِلْمِ النَّفْسِ الْعِيَادِي

الفصل الحادي عشر

دراسة الحالة

Case Study

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد.....
- منهج دراسة الحالة في الميزان...
(جوليان روثير- نولان لويس- كارل راجرز - غرين فردريك ثورن)
- بطاقات وغادج دراسة الحالة:
 - ١- النموذج العملي بجامعة بودرو.
 - ٢- نموذج ميروسلاف ناحاي (جامعة براتسلاف).
 - خبير اليونسكو؛ تشيكوسلوفاكيا.
- ٣- نموذج ريتشاردز التحليلي:
 - أ- نموذج ريتشاردز لدراسة الحالة ومحتوياته.
 - ب- مضمون دراسة الحالة عند ويلر ورويش.
 - ج- مضمون دراسة الحالة عند ساندبيرغ وتيلر.

د - مضمون دراسة الحالة عند براون .
٤ - النموذج التركيبي لدراسة الحالة وسماته :
(سانديبرغ وثيلر) .

★ ★ ★

« إنه لا قيمة لدراسة طلابنا وطالباتنا نماذج دراسة الحالة بشكل نظري ما لم ينخرطوا عملياً في التطبيق الميداني، وعندها فقط تتحول المعرفة النظرية إلى مهارات فعالة وقدرات عملية. »

الفصل الحادي عشر

دراسة الحالة

Case Study

تمهيد:

لقد أصبح القارئ يدرك من خلال مراجعة متفحصة للفصلين (الرابع والخامس) من هذا الكتاب أن التشخيص الدقيق هو نصف الطريق إلى العلاج الصحيح. وإذا كانت الاختبارات (المقننة والإسقاطية) والمقابلة وغيرها من الأدوات العلمية الحاسمة في أداء التشخيص، فإن دراسة الحالة بطريقة شمولية هي الأساس الضروري للفهم المتكامل للحالة وهذا ما سيتناوله هذا الفصل بنوع من العرض والتحليل.

منهج دراسة الحالة في الميزان: برزت أهمية دراسة الحالة في ميادين (الخدمة الاجتماعية والعلاج النفسي) والإدارة والاقتصاد وغيرها وتعددت آراء العلماء في (أساليب دراسة الحالة) ولكنهم اتفقوا على أنها تستهدف (الإحاطة الشاملة المعرفية) بتفاصيل الحالة من المنظور الدينامي والترباطي العلائقي - التاريخي: Dynamic and Correlative Approach بينما تركز الاختبارات عموماً على المنظور المعياري للقدرات. أما العالم (جوليان روتير: J. Rotter) فيؤكد بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأحصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو

الحالة: Viable and Valid Judgment ومن المعلومات ما يأتي من مناقشة مباشرة مع (المريض - العميل) وتتضمن طبيعة المشكلات، وظروفها، ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحباطاته؛ وقد تأتي المعلومات من الوالدين والأسرة أو رفاق العمل أو أساتذة المدرسة؛ وتساهم أيضاً (الاختبارات النفسية) عند ضرورتها وفي وقتها المناسب في كشف القدرات العقلية، والمهارات، والميول المهنية؛ ويمدُّنا الطبيب بتفاصيل الحالة الصحية؛ وإصابات الدماغ ويزوِّدنا الأخصائي الاجتماعي بتاريخ الحالة الاجتماعي وظروف العائلة ودخلها المالي ومشكلاتها وتأثيرها على حالة المريض.

ويؤكد (روتير Rotter) ضرورة حصولنا على المعلومات في دراستنا للحالة من مصادر عديدة وعدم الاكتفاء بمصدر دون الآخر أو تفضيل واحد على الآخر؛ فلكل قيمته في إطاره الخاص وعلاقاته الوظيفية بالحالة.

أما الدكتور محمود الزيايدي فيؤكد بأن تاريخ الحالة أداة قيمة تكشف لنا وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالي. وهذه خطوة أساسية في العمل الإكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمي منظم. وهذا يساعد الأخصائي على وضع الفروض الأولية التي يحاول فيها بعد (اختبار صحتها) من خبراته التشخيصية السابقة. ويحذّر الدكتور الزيايدي من عيوب دراسة الحالة ونقائصها في أنها بمجرد أنها لا تمدُّنا بكل ما نريد من مؤشرات تشخيصية وليس هنالك ضمان لدقتها؛ فهي محاولة لفهم سلوك المريض وحالته في (صورة تطورية تناعية وتاريخية). وتلمس تجارب الطفولة والخبرات السابقة دوراً جوهرياً في صياغة الحالة على شكلها الحاضر الراهن^(١).

ويؤكد الطبيب النفساني الفرنسي (نولان لويس Nolan Lawis) أهمية دراسة الحالة وضرورتها بقوله:

« .. عند دراسة أي مريض يصبح من المهم أن ندرس تاريخه السابق، تاريخ نموه الجسدي والعقلي، وتاريخ أمراضه وسلوكه العصبي؛ وبدون هذه المعلومات يصبح من المستحيل في معظم الحالات أن نفهم طبيعة الاضطراب الموجود، أو أن نضع تشخيصاً دقيقاً، أو أن نحدد خطة علاجية واضحة ».

وهناك من علماء النفس من لا يوافق على هذا الإجراء؛ ومن هؤلاء أصحاب العلاج (المركّز حول العميل - غير الموجّه) وعلى رأسهم (كارل راجرز Carl Rogers) الذي يؤمن بعدم جدوى - دراسة الحالة - وبأن المعلومات يمكن الحصول عليها من المريض مباشرة بواسطة (المقابلة العلاجية) التي نلقي بها المسؤولية على المريض ونشعر أن معلوماته ستكون أكثر صدقاً وأمانة بعد توضيح المشكلات له وتبصيره بها. ويرى (راجرز Rogers) أن الإيحاء للمريض بأن الأخصائي يريد منه كذا وكذا من معلومات؛ يوحي للمريض بأن شفاءه لن يتم إلا على يد الأخصائي الطبيب؛ وهذا إضعاف لإرادة المريض وثقته بنفسه؛ وسلب لدوره ومسؤوليته ودوره في إحداث التغيير في سلوكه بنفسه وبمساعدة بسيطة من الأخصائي.

ودراسة تاريخ الحالة تحيطه صعاب عديدة؛ كضيق الوقت وقلة المصادر وعدم توافرها، وكثرة التكاليف والأعباء وقد تكون أسلوباً مفيداً في دراسات مقارنة لمجموعات وفي البحوث العلمية: Research؛ والبحوث الفردية. وضع العالم (جرين Green) يده على عيوب دراسة الحالة في فشل الباحثين في ضبط الكذب والتناقض في المعلومات والبيانات بقوله:

« .. إنه إذا قام باحثان بدراسة تاريخ - حالة واحدة - فإنها أحياناً

ما يختلفان في بعض النقاط الهامة ذات الدلالة. هذا بالإضافة إلى أن تاريخ الحالة عندما يقوم بإعداده أحصائي غير مدرب على طريقة إلقاء الأسئلة واختيارها الهادف وتدوين الإجابات؛ فإننا نجد التقرير في هذه الحالة؛ عبارة عن كتلة من المعلومات المتناثرة عديدة المعنى ».

وهناك من العلماء من يعترف بدراسة الحالة كطريقة لجمع المعلومات ولكنه يرفضها كأسلوب ومنهج علمي للبحث؛ ومن هؤلاء العالم (فردريك ثورن Frederiek Thorn) الذي ينبهنا بأن تاريخ الحالة يقلل من أخطاء التشخيص التي تنجم عن استجابة الفاحص للمظهر الكاذب للمفحوص، وتلك الأخطاء (الذاتية) التي تنجم عن الأفكار المسبقة والنظريات التي يؤمن بها الفاحص (دوقماتياً) دون أن يكون لها صدق عملي.

وفي اعتقادنا أن (دراسة الحالة) تبقى مصدراً جيداً من مصادر التشخيص في حدود الاعتبارات الثلاثة التالية:

أ- أن نضع لدراسة الحالة (ضوابط) على ضوء فجواتها وذلك رفع مقدار الثبات والصدق لها في حدود الإمكان.

ب- أن نتأكد من صحة المصادر في البداية؛ ومن صحة التقييم لها عند كتابة التقرير النفسي في نهاية المطاف.

ج- أن لا نشق بها وحدها كأداة دون ربطها ربطاً محكماً مع الأدوات الأخرى وبالذات نتائج الاختبارات والمقابلة؛ والفحص الطبي والعصي وغيرها من الأدوات التشخيصية.

بطاقات ونماذج (دراسة الحالة):

يبدو أن ثمة شبه اتفاق بين العلماء حول (المضمون الشمولي) لدراسة الحالة كأداة وأسلوب في التشخيص. ولكن الاختلاف بين العلماء قائم حول (شكلية) النموذج لبطاقات دراسة الحالة.

وسنعرض للقارئ (أربعة نماذج) لبطاقات دراسة الحالة. وسنترك للأخصائي الإكلينيكي الحرية في اختيار ما يجده مناسباً للحالة موضع الدراسة ولإجراء بعض التعديلات الطفيفة على النموذج لتتلاءم مع (البيئة العربية والإنسان العربي). وهذه النماذج هي:

- (١) النموذج العيادي بجامعة بودرو^(٢).
- (٢) نموذج ميرونلاف باحاني (خبير اليونيسكو - جامعة بزا-تلافيا - تشيكوسلوفاكيا)^(٣).
- (٣) نموذج ريتشاردز التحليلي^(٤).
- (٤) نموذج ساندبرغ وتيلر^(٥).

نموذج بطاقة دراسة الحالة

نموذج رقم (١)

- عيادة جامعة بودرو -

بطاقة تسجيل : Registration Card

- (١) التاريخ: _____ اسم الفاحص: _____
اسم المريض: _____ الجنس: ذكر / أنثى
تاريخ ومحل الميلاد: _____ الحالة الاجتماعية: متزوج / أعزب
العنوان: _____ رقم التلفون: _____
الديانة: _____
المدرسة: _____ السنة الدراسية: _____
- (٢) الشخص الذي قام بالتسجيل (الجنس / العمر / نوع القراءة): _____
(٣) نوع العمل الحالي: _____
(٤) إذا لم يكن طالباً يذكر آخر مستوى تعليمي وصل إليه: _____
(٥) اسم الوالد أو ولي الأمر وعنوانه: _____ التلفون: _____
(٦) ما هي المشكلات الأساسية التي يشكو منها المريض: _____
(٧) متى لوحظت هذه المشكلات لأول مرة: _____
(٨) ما هي الظروف التي ساعدت على ظهور هذه المشكلات: _____

(٩) ما هي الإجراءات التي اتخذت لحلها وما هي التغيرات البارزة مع
الحلول:

(١٠) تاريخ آخر فحص طبي ونتائجه:

(١١) اسم الطبيب وعنوانه وتلفونه:

(١٢) هل من الممكن الاتصال بهذا الطبيب لطلب معلومات منه:

(١٣) معلومات أخرى وانطباعات الأخصائي:

(١٤) مزاج المريض:

التاريخ التعليمي: Schooling Record

(١) التاريخ: اسم القائم بالمقابلة:

اسم المريض: العمر:

الشخص الذي يدلي بالمعلومات: علاقته بالمريض:

عنوانه: رقم تلفونه:

(٢) تاريخ دخوله المدرسة الابتدائية: عمره عند الدخول:

استجابته للخبرة المدرسية الأولى:

(٣) إذا كان طالباً فما هي السنة الدراسية المقيد بها:

إذا لم يكن طالباً فما هو آخر مستوى تعليمي وصل إليه:

هل اضطر أن يعيد سنوات دراسية:

إذا أعاد سنوات دراسية، ما هي؟، وما الأسباب؟

(٤) اكتب قائمة بالمدارس التي تنقل بها ومستوى تحصيله في كل منها:

ابتدائي	إعدادي	ثانوي	عالي
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(٥) المواد التي يدرسها حالياً:

مواد محبوبة	تقديراته	مواد غير محبوبة	تقديراته	مواد صعبة	تقديراته	مواد سهلة	تقديراته
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(٦) خططه المهنية للمستقبل: _____

(٧) تدريبه المهني: _____

(٨) الاهتمامات غير المهنية: _____

(٩) المضاعب الدراسية المحتمل مواجهتها فيما بعد: _____

(١٠) عدد مرات غيابه عن المدرسة أو الامتحانات: _____ الأسباب: _____

(١١) الجماعات التي ينتمي إليها داخل المدرسة: _____

(١٢) صنف مدى تعاون الآباء مع المدرسة باستخدام التقديرات التالية:

١	٢	٣	٤	٥
١	٢	٣	٤	٥
١	٢	٣	٤	٥
١	٢	٣	٤	٥
١	٢	٣	٤	٥

(أ) المواظبة على حضور الاجتماعات:

(ب) مدى استبصار الآباء:

(ج) ضغط الآباء:

(د) مدى انزانهم الانفعالي:

(هـ) النقد الذي يوجهونه إلى المدرسة:

تعليقات:

(١٣) فيما يلي قائمة بالسّمات التي قد تكون عند المريض وللأخصائي الحكم:

٥	٤	٣	٢	١	مستقل	معتمد (اتكالي)
٥	٤	٣	٢	١	مجتهد	كسول
٥	٤	٣	٢	١	هادئ	يجلب الضوضاء
٥	٤	٣	٢	١	غير مهم	مهم بالدراسة
٥	٤	٣	٢	١	متكلم	صامت
٥	٤	٣	٢	١	اهتمامات واسعة	اهتمامات ضيقة
٥	٤	٣	٢	١	صديق للجميع	مشاكس
٥	٤	٣	٢	١	متعاون	متنمر
٥	٤	٣	٢	١	نشط	متعب دائماً
٥	٤	٣	٢	١	ناجح	طغلي في تصرفاته
٥	٤	٣	٢	١	اجتماعي	منعزل

تعليقات:

(١٤) معلومات أخرى .

Family Record : التاريخ الأسري :

(١) التاريخ : _____ اسم القائم بالمقابلة : _____

اسم المريض : _____ عمره : _____

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات : _____ علاقته بالمريض : _____

عنوانه : _____ رقم تلفونه : _____

(٢) أعضاء الأسرة المشارون وبيانات عنهم:

المهنة	التعليم	عمر الوفاة (إن كان) سن الوفاة	العمر الحالي	
_____	_____	_____	_____	الأب:
_____	_____	_____	_____	الأم:
_____	_____	_____	_____	والد الأب:
_____	_____	_____	_____	والد الأم:
_____	_____	_____	_____	الإخوة:
_____	_____	_____	_____	الأخوات:

(٣) بقية أعضاء الأسرة وبيانات عنهم:

_____ الأخوال:
_____ الأعمام:

(٤) هل أصيب أحد أفراد الأسرة بحادث أو مرض معين:

جريمة - اصطدام - صرع - ضعف عقلي - انتحار - عيوب في
النطق - شلل - جنون - عمى - إدمان خمر - صمم - إدمان مخدرات -
درن رئوي - مرض السل - الربو - السرطان - أمراض أخرى.

(٥) اذكر حوادث الطلاق أو الانفصال التي حدثت في الأسرة مباشرة
وعمر المريض عنه كل منها.

_____ تعليقات:

(٦) اذكر حوادث الزواج للمرة الثانية التي حدثت في الأسرة مباشرة
للمريض.

_____ تعليقات:

- (٧) ما هو الوضع الاقتصادي العام للأسرة: _____
أذكر أية استثناءات تشدّ عن هذا الوضع العام.
- (٨) ما هي مصادر التوتر عامة في الأسرة.
استجابة المريض لها: _____
- (٩) صنف التنظيم الأسري: _____
- (١٠) ما هو وضع المريض بالمقارنة إلى بقية إخوته: _____
- (١١) ما هو طموح الأسرة بالنسبة للمريض: _____
- (١٢) ما هي الوسائل الترويجية بالنسبة للأسرة: _____
- ما هو مدى مشاركة المريض في هذه الوسائل: _____
- (١٣) صف أية ظروف نفسية أو اجتماعية أخرى هامة في المنزل: _____
- (١٤) معلومات أخرى: _____

Developmental Record : (تاريخ النمو)

- (١) التاريخ: _____ اسم القائم بالمقابلة: _____
اسم المريض: _____
- اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: _____ علاقته بالمريض: _____
- عنوانه: _____ رقم تلمونه: _____
- (٢) تاريخ ميلاده: _____ عمر الأم عند الميلاد: _____ مدة الحمل: _____
حالة الأم الصحية أثناء الحمل: _____
- (٣) الوقت الذي استغرقته عملية الولادة: _____ أين نمت الولادة: _____
هل حدثت اضطرابات أثناء الولادة: _____

(٤) وزن المريض عند الولادة: _____ بعد أربعة أسابيع: _____
بعد ستة أسابيع: _____

(٥) هل حدثت أية ظروف غير عادية عند الولادة: _____

(٦) هل أصيب المريض بإصابات جراحية؟ اذكر نوعها وشدتها وعمره عند الإصابة بها: _____

(٧) اكتب قائمة الأمراض التي أصيب بها:

المرض	عمره عند الإصابة	مدة المرض	شدته
(أ)	_____	_____	_____
(ب)	_____	_____	_____
(ج)	_____	_____	_____

(٨) متى بدأت أسنانه في الظهور: _____

متى تم فطامه من الثدي الأم: _____

متى تم فطامه من الرضاعة الصناعية: _____

هل حدثت صعوبات أثناء الفطام: _____

متى ضبطت عمليات الإخراج: _____ نهاراً: _____ ليلاً: _____

متى استطاع المريض الجلوس دون مساعدة: _____

متى استطاع المشي: _____ متى تكلم: _____

متى استطاع الكلام: _____ متى استطاع فتح الأبواب: _____

متى استطاع أن يلبس حذاءه: _____

متى استطاع استخدام الملعقة: _____ والفنجان: _____

علق على المعدل العام للنمو: _____

(٩) متى لُقِّن أول تعليقات خاصة بالجنس، وما هي هذه التعليقات: _____
سنة عند البلوغ: _____

ما هي المشكلات الجنسية التي ظهرت عنده في هذه السن: _____
[العادة السرية - حب الاستعراض - اللعب الجنسي - استعمال
الألفاظ البذيئة].

(١٠) ما هي عاداته في النوم: _____
مع من ينام: _____

(١١) أي من (مشاكل النمو) التالية تعرّض لها المريض، حدّد السن عند
التعرض لها والإجراءات المتخذة: _____

المصيبة - القلق - المخاوف الزائدة - قلة النوم - المشي أثناء النوم -
الفرع الليلي - الجبن - الخجل - الوقاحة - العصيان - الميل للمشاجرة -
المزاج الحاد - الغيرة - المروق - السرقة - الكذب - التدخين -
الإدمان - مص الإبهام - قضم الأظافر - السادية - المازوخية - البوال -
الغشيان - الإغواء - الصداع - الإحساس السريع بالإجهاد - اللزمات
المصيبة - التشنجات - الكتابة المقلوبة - التهمة - عيوب أخرى في
النطق.

تعليقات: _____

(١٢) معلومات أخرى: _____

(التاريخ الاجتماعي: Social Record)

١ - التاريخ: _____ اسم القائم بالمقابلة: _____

اسم المريض: _____ عمره: _____

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: _____

علاقته بالمريض: _____

عنوانه: _____ رقم تلفونه: _____

(٢) صف علاقات المريض بالأشخاص التاليين: (المقصود وصف هذه العلاقات وما يكتنفها من مشاجرات أو محاصات، وهل هي في معظمها علاقات تتسم بالخضوع أو الحب أو طلب الحماية.. الخ..)

(أ) أعضاء أسرته: _____

(ب) جيرانه: _____

(ج) معلميه: _____

(د) أقرانه: _____

(٣) هل أقرانه أكبر أم أصغر منه، وهل هم من نفس الجنس أم من الجنس الآخر، وهل يتسمون بالهدوء أم بالمشاكسة؟

٤ - ما هي الجماعات التي ينتمي إليها؟ وما هو وضعه داخل هذه الجماعات؟

٥ - صف علاقاته الغرامية موضحاً عمره، وعمر الطرف الآخر وطول العلاقة؟

٦ - كيف يكتسب نقوده وكيف ينفقها: _____

٧ - كيف يقضي ليلته عادةً؟: _____

٨ - ما هي هواياته: _____

- ٩ - ما هو نوع قراءته: _____
- ١٠ - صف الساء الاجتماعي في المنزل وفي المجتمع ووضع المريض وأسرته في هذا البناء: _____
- ١١ - معلومات أخرى: _____

التاريخ المهني: Vocational Record

ويخص هذا التاريخ (حالة الراشدين) فقط ويشتمل على:

- ١ - الأعمال السابقة التي شغلها المريض وسبب تركها: _____
- ٢ - نوعية العمل الحالي وواجباته ودخله: _____
- ٣ - التدريب السابق على المهنة: _____
- ٤ - علاقاته برفاقه بالعمل: _____
- ٥ - صعاب العمل: _____
- ٦ - عدد ساعات العمل يومياً وأسبوعياً: _____
- ٧ - الإجازات والعلاوات: _____
- ٨ - مزايا إضافية وحوافز: _____
- ٩ - التأمين الصحي والاجتماعي: _____
- ١٠ - أخطار العمل ومساوئه: _____
- ١١ - هل قضى المريض الخدمة العسكرية وما مدتها: _____
- ١٢ - معلومات إضافية مرتبطة بالعمل: _____

نموذج رقم (٢)

نموذج ميروسلاف باجاني لدراسة الحالة
خبير اليونسكو - جامعة براتسلافيا - تشيكوسلوفاكيا

رقم الحالة: _____
اسم الحالة: _____
تاريخ ورودها: _____
تاريخ حفظها: _____

أولاً: بيانات عامة عن الحالة

رقم الحالة: _____ حفظت بتاريخ: _____
الاسم: _____ محل الميلاد: _____ تاريخ القدوم للميادة: _____
العنوان: _____ تاريخ الميلاد: _____
المدرسة: _____ السنة الدراسية: _____ العمر الزمني: _____
التلفون: _____ مدرس / مدرسة الفصل: _____
الأخصائي النفسي: _____ جهة التحويل: _____
وصف مفصل لمشكلات الحالة: _____

- (أ) كما وردت على لسان الحالة: _____
- (ب) كما وردت على لسان الأب: _____
- (ج) كما وردت على لسان الأم: _____
- (د) كما وردت في خطاب التحويل: _____
- ملاحظات:

ثانياً: بيانات عن الأسرة

- اسم الأب: _____ محل الميلاد: _____ تاريخ الميلاد: _____
- وظيفة الأب: _____ المستوى التعليمي: _____
- عدد مرات الزواج: _____ تاريخ الزواج: _____
- عدد مرات الطلاق: _____ عدد مرات الانفصال: _____
- على قيد الحياة: _____ نعم لا تاريخ الوفاة: _____
- اسم الأم: _____ محل الميلاد: _____ تاريخ الميلاد: _____ العمر الزمني: _____
- وظيفة الأم: _____ المستوى التعليمي: _____
- عدد مرات الزواج: _____ تاريخ الزواج: _____
- عدد مرات الطلاق: _____ عدد مرات الانفصال: _____
- عدد مرات الحمل: _____ عدد مرات الإجهاض: _____
- على قيد الحياة: _____ نعم لا تاريخ الوفاة: _____
- زوج أم _____ أو زوجة أب _____

الإخوة:

الرقم	الاسم	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	الوفاة	وصف تفصيل من
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

أفراد آخرون في العائلة:

عدد الحجرات — عدد الأشخاص — مكان نوم الطفل —

السكن: _____

الدخل بالتقريب: _____

الأمراض الوراثية في الأسرة: _____

المشكلات السلوكية في الأسرة: _____

العلاقات العائلية: _____

داخل الأسرة: _____

خارج الأسرة: _____

ثالثاً: دراسة الحالة

الطفل: _____ مرغوب فيه — غير مرغوب فيه —

الحمل: _____ صدفة — عن قصد —

طبيعي — غير طبيعي —

الولادة: _____ طبيعية — عسرة — استخدام آلات —

إصابات الطفل: _____ احتناق — يرقان —

القطام: _____

الن: _____

تنشئة الطفل: _____

في العائلة: _____ مع الأقارب: _____ في ملجأ اللقطاء: _____

في مؤسسة: _____ في بيت للحصانة: _____ في أسرة بديلة: _____

نمو الطفل المبكر:

الجلوس — الحبو — الوقوف — المشي —

ظهور الأسنان — الكلمات الأولى —

العادات الصحية — النوم —

الاضطرابات الحسية الحركية —

الأمراض: النزلات المعوية — تضخم أو التهاب اللوزتين —

التهاب الأذن — أمراض الأذن —

ارتفاع الحرارة — أمراض أخرى —

اللغة: النطق — تكوين الحمل — عيوب الكلام —

النمو الانفعالي والاجتماعي:

الاستجابات الأولى:

اللعب — القلق —

العدوان — المخاوف —

تطور مرحلة الحضانة (٣ - ٦):

بيئة الطفل: العائلة الأقارب الحضانة المنزل

النمو الحسي الحركي: —

اللغة: —

الشاطات: —

الحياة الانفعالية: (القلبي - العدوان - الغناد - الهرب - التوتر

الإحباط - التكيف الاجتماعي - أنواع الصراع).

المواقف المسببة للصدمات النفسية: _____

الأمراض:

ارتفاع حراري التهاب الدماغ
التهاب سحائي أمراض أخرى

أغماط تنشئة الطفل:

اللامبالاة - اللين - الشدة - الاتزان - التذيدب - العقاب - القمع.

ملاحظات أخرى: _____

_____ بداية المرحلة الابتدائية:

_____ سن دخول المدرسة:

_____ التكيف للمدرسة ومشكلاتها:

المدرسة السنة الدراسية التحصيل متموق ضعيف

علاقة الطفل بالمدرسة والمدرسين:

_____ نوع العمل المدرسي:

_____ علاقة المنزل والمدرسة:

_____ المشكلات المدرسية

_____ النشاطات والهوايات ووقت الفراغ:

_____ سلوك الطفل في الأسرة.

_____ المشكلات التعليمية والسلوكية:

_____ بداية ظهور المشكلات:

_____ المواقف التي تظهر فيها:

المرحلة المتأخرة في المدرسة الابتدائية:

مجالات الاهتمام:

المدرسة السنة الدراسية التحصيل متفوق ضعيف

سن البلوغ وتطوره:

نوع العمل المدرسي:

اهتماماته المهمة والإعداد لها:

مناشط أوقات الفراغ:

المشكلات في الأسرة والمدرسة:

مشكلات المراهقة:

قيم المراهق:

ملاحظات أخرى:

المحوص السيورولوجية (العصبية):

الفحوص الطبية:

الفحوص المختلفة:

بيانات جسمية: الطول الوزن

نحمل رياضي بدني

التشوهات الحدية:

الفحوص السيكلولوجية:

الإبصار:

حدة النظر العين اليمنى اليسرى

أمراض النظر العين اليمنى اليسرى

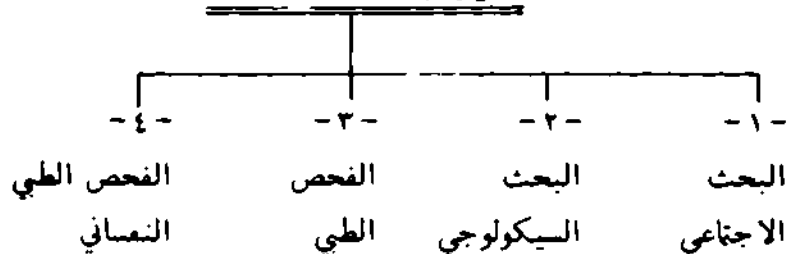
السمع: حدة السمع ————— الأذن اليمنى ————— اليسرى —————
 درجة فقد السمع ————— الأذن اليمنى ————— اليسرى —————
 استخدام اليد: اليد اليمنى ————— اليد اليسرى —————

الإدراك الاختبار ————— النتائج —————
 القدرة الحركية الاختبار ————— النتائج —————
 اللغة الاختبار ————— النتائج —————
 الانتباه الاختبار ————— النتائج —————
 الذاكرة الاختبار ————— النتائج —————
 القدرة العقلية العامة والتعليم الاختبار ————— النتائج —————
 القدرات الخاصة الاختبار ————— النتائج —————
 مجال الاهتمام أو الميول المهنية الاختبار ————— النتائج —————
 النواحي الانفعالية الاختبار ————— النتائج —————
 الاتجاهات الاجتماعية والقيم الاختبار ————— النتائج —————
 اختبارات الشخصية الاختبار ————— النتائج —————
 التكيف النفسي الاختبار ————— النتائج —————

فحوص خاصة: _____
 ملاحظات على سلوك العميل: _____
 تقييم الشخصية: _____
 أسباب الاضطرابات: _____
 تحليل الاضطرابات: _____
 التنبؤ سير العلاج: _____
 التوصيات: _____ التوجيه: _____ العلاج: _____

إعادة التربية وتكوين الشخصية:	تاريخ المقابلة:
ملخص الحالة:	
تتبع الحالة:	
الإمضاء:	تعتمد:
	حفظت:

تحليل بطاقة بحث الحالة



أولاً: البحث الاجتماعي^(١)

- ١ - اسم الشخص وعنوانه: _____
- اسم الوالد وسنه ومهنته: _____
- اسم الوالدة وسها: _____
- حالة المنزل: (حسنة - سيئة - متوسطة) _____
- تاريخ ميلاد المريض: _____ تاريخ المحضر: _____
- تحديد المشكلة الاجتماعية: _____

٢ - صفحة العناوين:

- أعضاء العائلة وأعمارهم وعناوينهم: _____
- الحيران والأشخاص الذين يتصل بهم الطفل: _____

٣ - صفحة الوصف:

الأشخاص الذين قابلهم الأخصائي/ الأخصائية: _____

٤ - التاريخ:

(أ) اسم المريض: _____

(ب) حوّل من (جهة التحويل): _____

(ج) سبب التحويل: _____

(د) تاريخ الأسرة:

(١) من ناحية الأب والأم:

الأجداد - الأعمام - الأحوال - المهن - الحالات - الوالدان -
التعليم والمهنة (طراز العمل - الأجور - مدة البقاء في العمل - أسباب
الترك) الميول - العادات - الاستعداد - الخصائص - (إدمان الخمر...)
الصحة - المرض (السل، السرطان، الأمراض العقلية والنفسية،
الحوادث.. الخ).

العلاقات الزوجية بين الوالدين - تاريخ الوفاة وأسبابها.

(هـ) الإخوة:

الس - التعليم - الاستعداد - الأخلاق - الميول - العادات - العمل
(المركز، الأجور) - الصحة - المرض - الأمراض النفسية والعقلية.

(و) تاريخ الشخص:

(١) قبل المولد:

الحالة المالية والصحية للأم أثناء الحمل. عوامل الإجهاد البدنية أو
العقلية.

(٢) المولد:

التاريخ والمكان. الولادة طبيعية أو بواسطة الآلات. وضع عر أو طويل المدة. تغذية طبيعية أو صناعية.

(٣) النمو:

س التنين - المشي - الكلام.

(٤) العادات:

(أ) النوم: مضطرب أو هادئ - الأحلام - المشي أو الكلام أثناء النوم - مخاوف الليل - عدد ساعات النوم - القيلولة.

(ب) الأكل: صعوبات التغذية أثناء الطفولة المبكرة - الشهية - أصناف الطعام - ما يحب وما يكره من ألوانه - الأكل بين الوجبات.

(ج) البول: ليلاً ونهاراً - أسبابه - القدرة على ضبط المثانة.

(د) العادات السرية: المشاكل الجنسية - المعلومات عن الجنس - أوجه النشاط والميول المتصلة بذلك - الحوادث ذات الأهمية الخاصة.

(هـ) مصّ الأصابع: قضم الأظافر. حركات الوجه أو الأطراف الملازمة - التهمة - العي - النظافة الشخصية - العناية بالملابس - الاغتسال الخ.

(٥) الصحة:

التشنجات عموماً (الوصف والطروف) - الأمراض وتاريخ الإصابة بها - ظهور المرض: مدته ونتائجه (تقارير الأطباء أو المستشفيات). الوزن والطول بالنسبة للمتوسط.

(٦) الاستعداد والأخلاق:

الطفولة المسكرة والآن - صعب الإرضاء - سريع الغضب - مسالم - معتد - محب للمراك - متشكك - عيور - هدام - أناني - محب - مسيطر - موقفه إزاء أهله ورفاقه - نوبات الغضب - المخاوف - الكذب - السرقة - معاملته للحيوان - شعوره بالمسؤولية - مساعدته في أمور المنزل - هل يبقى خارج المنزل إلى وقت متأخر - الانطواء أو الانبساط .

(٧) النظام:

ضبط الأهل للطفل - نوع العقوبة وانتظامها ومقدار قسوتها - أسباب العقاب ومن يقوم به وأثر ذلك على الطفل (مع تحديد حالات محدّدة ومعينة).

(٨) اللعب:

نوع الألعاب والدمى - مقدار الولع بها - من يفضل من أترابه - أعمارهم ومميزات سلوكهم - هل يكره أحد الجسديين - السوادي والميول الرياضية - اللعب في المنزل أو خارجه - فرص التسلية في المنزل أو مع الأسرة - السينما والمسرح والرحلات - الهوايات الخاصة مثل الأشغال اليدوية والحياكة وفلاحة الساتين .

(٩) الحياة المدرسية:

الروضة أو المدرسة - تاريخ الدخول - التقدم - علاقة الطفل بزملائه ومعلميه - نشاطه وميله إلى بيئته - ميوله الخاصة إلى القراءة والكتابة - جمع الطوايع الخ .. العمر العقلي ونسبة الذكاء .

ز- الدين: مقدار تدين الأسرة - أداء الطفل للفروض - ميله وفهمه للدين .

ح- العلاقات بين أفراد الأسرة: علاقات الأب والأم - معاملة الآباء لأطفالهم - المفضلون وغيرهم بين الأبناء - هل يتشاجرون أو هم أصدقاء - تذكر أشكال الغيرة والكراهية - موقف الطفل إزاء أعضاء الأسرة الآخرين وردهم على ذلك .

ط- البيئة: وصف الجيرة والسكن - المركز الاجتماعي - الشروط الصحية في المنزل - عدد الغرف ووسائل النوم - الإيجار والحالة المالية (يذكر الدخل بالضبط) .

هـ- المشاكل الاجتماعية الكبرى:

٦- خطة التكيف:

٧- موجز لتاريخ الحالة باختصار:

٨- العلاج المقترح:

ثانياً: البحث السيكولوجي

التاريخ: _____ سن الطفل: _____

الموقف: تذكر رغبة الطفل في القيام بما يطلب منه - الجهد الذي يبذله - نشاطه البدني - مجرى الحديث - أشياء غريبة غير عادية - ملاحظة العوامل المؤثرة في نتائج الاختبارات .

الانتباه: درجة شرود الذهن - أثر ذلك في نتائج الاختبارات .

الأثر العائلي: هل توجد صعوبات لغوية - مقدار تعليم الأسرة - الميول
والمعارف المؤثرة في طراز نمو الطفل العقلي.

تاريخ النمو: النمو البدني - الأمراض وأنواع العجز الخاصة -
الذكاء .

١ - الاختبارات:

أ - الاختبارات اللفظية (العمر العقلي ونسبة الذكاء).

ب - الاختبارات غير اللفظية.

٢ - الاستعلامات:

٣ - الميول: أ - في المنزل، ب - في العيادة.

ملخص:

١ - تحديد القدرة العامة: (تقدير نتائج الاختبارات على ضوء الأمور
السالفة).

٢ - أنواع الكفايات أو النقص الخاصة:

توصيات مثل (الإشارة ببعض التدريب الخاص لتقوية قدرات معينة أو
التخفيف من نقاط ضعف خاصة). يدرس السيكولوجي (موقف الطفل)
أثناء الاختبارات، ويحدد استجابته في إحدى الدرجات الخمس لكل من
النواحي التالية:

١ - الرغبة: The Desire

(أ) يظهر شوقاً ملحاً إلى التجربة.

- (ب) يُقبل بنشاط على التجربة.
(ب- ج) الموقف السويّ: يقوم بالتجربة لأن القيام بها أمر مناسب.
(ج) يقوم بها لأنه ملزم على ذلك كواجب كَرِهه.
(د) يعارض القيام بها معارضة فعّالة.

٢ - الجهد : The Effort

- (أ) تام الكفاية.
(ب) يتوفر على العمل توفراً واضحاً
(ب- ج) جهد سويّ. لا يظهر عدم العناية ولا الاهتمام البالغ.
(ج) مهمل - مضطرب - شارد .
(د) بليد .

٣ - النشاط البدني :

- (أ) اضطراب ظاهر أو انفعال .
(ب) فوق السوي - كثير الحركة .
(ب- ج) سويّ .
(ج) يؤدي ما يطلبه منه الاختبار فقط .
(د) متأخر تأخراً ملحوظاً .

٤ - الحديث :

- (أ) ثرائر : يقاطع الاختبار .

(ب) فوق السويّ: يتحدث عن موضوعات تلقائية أو ليس لها صلة بالأمر.

(ب - ج) سويّ - يحس الحديث.

(ج) لا يتحدث حديثاً تلقائياً.

(د) لا يجيب إلا بعد تحريض كثير أو لا يجيب البتة.

٥ - الانتباه:

(أ - ب) متوفر على الاختبارات - قليل الانتباه للعوامل الخارجية التي تجذب الانتباه عادةً.

(ب - ج) سويّ - يمكن أن تجذب انتباهه أمور أخرى ولكن ليس إلى الحد الذي يفسد كفايته للقيام بالاختبار.

(ج) يشرّد ذهنه للعوامل العارضة أو لأفكاره الخاصة فيعلق عليها أثناء الفحص ثم يعود انتباهه إلى الاختبار.

(د) شارد الذهن: من المصير أن يستبد إلى التجارب. دائم الذكر لأمر خاص به.

٦ - فهم التعليقات:

(أ - ب) يفهم طريقة القيام بالاختبار المطلوب قبل أن تنتهي من إلقاء التعليقات العادية عليه.

(ب - ج) لا يتطلب أكثر من التعليقات العادية.

(ج) يفهم الأفكار بعد قليل من الشرح الإضافي.

(د) لا يفهم التعليقات إلا بعد توضيح خاص كثير أو لا يفهمها إطلاقاً.

ثالثاً: (الفحص الطبي)

يقوم الطبيب بفحص الحالة تبعاً للبيانات التالية:

المقاييس الآدمية: الوزن — الطول — الطول عند الجلوس —
الرأس: المحيط — الطول — العرض — الارتفاع —
الصدر: المحيط — عند الشهيق — عند الزفير —
الحجم ١ — ٢ — ٣ —

القضة اليمنى: ١ — ٢ — ٣ — اليسرى: ١ — ٢ — ٣ —

الرأس والرقبة: _____

الصدر: _____

المعدة: _____

الجهاز التناسلي: _____

الأطراف العليا: _____

الأطراف السفلى: _____

الأعصاب: _____

الحواس: _____

البصر: _____

السمع: _____

وغيرها: _____

الفرد الصماء: _____

ملاحظات: _____

رابعاً: الطب النفسي

اقتصَر الطب النفسي على مرّ العصور على معالجة الملل العقلية علاجاً طبيّاً محضاً. أما الطب النفسي الحديث فقد درس حالات الشذوذ العقلي بطريقتين:

١ - الطريقة العضوية تشريحياً ووظيفياً كأساس لمصدر الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك.

٢ - الطريقة الديناميكية التي تعيد الاضطرابات السلوكية أو العقلية إلى الصراع الوجداني والغريزي القائم بالنفس. وتفرّع عن الطريقة الديناميكية أسلوبان حديثان:

أ - الأسلوب الإرشادي: وتركز حول الوقاية والصحة العقلية واهتم بالطفل وإرشاده.

ب - الأسلوب الإكلينيكي: ويهتم بتشخيص الحالات وعلاجها. ويقوم (الطبيب النفسي) بدراسة الحالة على ضوء المنهج الآتي:

منهج الطب النفسي

١ - الحالة. _____

٢ - المشكلة. _____

٣ - تاريخ الأهل: التاريخ الشخصي. _____

٤ - الطفولة المبكرة: _____

(تاريخ ميلاد الطفل ومكانه - حالة الوالدين الاقتصادية ومركزها)

الاجتماعي عند الحمل - حالة الأم خلال مدة الحمل - هل رحمت بالحمل
أم لم تكن تنتظره؟ ظروف الوضع - هل كانت الطفولة المبكرة والطفولة
المتأخرة عادية؟ هل كان النمو البدني والعقلي الأول مناسباً؟ هل جلس
الطفل وحبا ومتى وتكلم في العمر المناسب؟ هل كان التسنين عادياً؟

٥ - الأمراض والحوادث:

الصحة العامة - أمراض الطفولة والاهتمام بالحصبة - شوك الورد -
أبو كعب - الحمى القرمزية - الدفتيريا - التيمود - التهاب الرئوي -
التهاب المشاء الرئوي - ضربة الشمس - عسر الهضم - الإمساك -
الكساح - إصابات الرأس والحوادث: كيف حدثت؟ متى؟ أين؟ مقدار
غيوبة الطفل، وملارمته الفراش، مقدار العاهة، العناية الطبية أو
الجراحية.

العمليات الجراحية: يذكر التاريخ ونوع العملية.
النوبات: الإغواء - اللزمات العصبية، أو التهاقت العصبي،
الرعشات، عاهات البصر أو السمع أو الكلام.

٦ - ردود الأفعال اللازمة:

هل الطفل ضعيف، حسّاس، محبّ للضوء؟ تاريخ ضغط الشانة. هل
هو مصاب بالبول؟ يذكر متى تعلق على ذلك ومقدار تكراره وإزماته،
وماذا اتخذ لعلاج؟ أيُّ المظاهر العصبية العامة تدو عليه: مصّ الأصابع
العصبي، قضم الأظافر، نزوات الطفل فيما يتعلق بالطعام وعادات تناوله.

هل ينام الطفل جيداً؟ جولان النوم، حديث النوم، الأحلام (أنواعها وتكرارها)، الحركات الملزمة، طريقة التنفس، التهمة، النوبات المسترية، سيل اللعاب، البصق، القيء، العادات المناهضة للمجتمع، الاعتدالات الجنسية، الكذب، السرقة، التشرد، إشعال الحرائق، التحطيم.

٧ - المدرسة:

تاريخ الالتحاق بها وتاريخ تركها، المواظبة، الفصل الذي وصل إليه الطالب، مقدار توفيقه: ممتاز، متوسط، ضعيف، فاشل، مقدار الرسوب، الهرب من المدرسة، مشاكل أخرى.

٨ - التكوين النفسي البيولوجي:

تبحث ردود الطفل العادية (العقلية والبدنية) على بيئته، ومطالب المجتمع منه. وعند تسجيلها يسبني ذكر الوقائع التي توضح ذلك وعدم الاكتفاء بإلقاء الصمات وإلصاق العناوين بالطفل، مع محاولة تعيين خصائص شخصيته بملاحظة العوامل والصفات العامة وما عرض لها من تعبير خلال حياة الطفل.

(أ) الاستعداد: أهو صريح واضح أم متحفظ مغلق؟ هل يميل إلى التحدث عن نفسه والتخفيف من مشاغله؟ أشعر بأهمية نفسه وثقته؟ هل هو مسرف في الجد؟ أهو متواكل لا هدف له؟ هل هو خيالي أم واقعي؟ هل هو صادق أم كاذب؟ هل هو صاحب بروايات ومجلب للضوضاء؟ هل هو مولع بالصمائر؟ هل قتلته وحيثته مزمنة؟ هل هو كسول أم شيط؟ هل هو معتمد على نفسه أم على غيره؟ هل هو معرور أم متواضع؟ هل هو شجاع أم

جبان؟ هل هو قاس أم لطيف؟ هل هو صاحب ظن؟ غيور؟ خجول؟ مسيطر؟ أناني؟ مشاكس؟

(ب) المزاج: مرح متفائل، أم مهموم متشائم ينظر إلى الجانب الأسود من الحياة. فترات الانقاص أو الإشراق دون سبب طاهر، ردود أفعاله الوجدانية إزاء السجاح أو المساسات السارة، ومن الناحية الأخرى إزاء الفشل وعدم التوفيق، هل هو راضٍ أم ساخط؟ سريع الغضب، كثير المعارضة، محبٌ للعناد؟ كثير الثورة..

(ج) المطالب الفريزية: الصداقة، طبيعية، يصاحب الغير في سهولة وطلاقة، أم متحفظ محادر في ذلك؟ من الناحية الحسية: الغيرة أو المثلية. تاريخ حصوله على المعلومات الجنسية وظروف ذلك، الأخطاء في نمو العريرة الجنسية، عادات الإحراج، بأي الوالدين أو أعضاء الأسرة هو مولع؟

(د) العقلية: نتائج الاختبارات، أقوال الأهل، هل تبين من لعمري ابتكار خاص ومثابرة؟ الانتباه والتركيز، الميول، الكفاية أو العجز في القيام بالواجبات المنظمة، المعلومات العامة، الشوق إلى البيئة، أقوال المعلمين.

(هـ) التوافق: هل يجيد التعامل مع غيره؟ محب للتجمع أو يميل إلى الاستقلال بنفسه؟ خجول، أناني، طيب القلب، جلف يلتمس السقطات، عبيد، يثق بالغير أو طنان، حمود، يرى الإساءات فيما لا يقصد منه إساءة. ما هي ميوله العامة ونواحيها؟ هل هو راضٍ عن الحياة؟ هل هناك أساس صحيحة أو خيالية لهوموم وتعاسته؟ هل هو راضٍ عن الواقع؟ كبير الميل إلى الضرب في الآفاق.

وعلى الرغم من وجود بحوث ونظريات واختبارات مختلفة لقياس الشخصية فإن العلماء يرون ضرورة النظر للنقاط السابقة التي تكشف شخصية المريض وطرازها الذي يتحدد في واحد من (الأغاط الخمسة التالية):

(١) النمط المنعزل (المفلق): وأعراضه شroud الدهن، حساسه محدوده، لا يلعب إلا قليلاً، غارق في التفكير بنفسه، كثير الأحلام والخيالات في صحوه، يتجنب الاتصال بغيره تجنباً ملحوظاً، خجول، كثير المخاوف، كثير الشك والظن بالناس، صامت، نادر الحديث، لا يميل إلى القيادة، دائم الحاجة إلى التشجيع، خامد الحماسة.

(٢) النمط المتمركز (حول ذاته): وأعراضه قلة الثقة بالناس، أناني، مكافح، قليل العناية بالأمر، حقود، مغرور، كثير الادعاء، نادراً ما يسلم بالخطأ، يميل إلى تبرير الغير والأخذ بالثأر، سطحي، كثير الطفيلان، كثير الانتقاد لغيره دون سبب ظاهر. له عن الأمور أحكام سابقة ومنسرعة، قليل العطف على غيره، كثير القسوة.

(٣) النمط الملتج: وأعراضه قلة الصبر وصاحبه كثير الحركة، مثير للضوضاء ومحب للصحب، محب للأذى، كثير القلق، دائم التظاهر؛ نادراً ما يتم عملاً بدأ فيه.

(٤) الطراز المتقلب: حساس، كثير النزوات، سهل الاستهواء، متردد، سريع التثبط، متقلب، يميل إلى الكآبة والوجوم حيناً ثم يشتد مرحه واستهتاره حيناً آخر. وهو عرضة لنوبات الحزن، أو نوبات الضحك والصياح، كثير الفضف، كثير الهموم، ويتسم بتقلب دائم في حالته الوجدانية الانفعالية؛ ومواقفه إزاء الحياة غير ثابتة.

ه) النمط / الطراز العصبي: كثير الاهتمام بصفائر الأمور؛ كثير الهلع، مسرف في الدقائق والتفاصيل، متطرف في المحافظة على الأصول والمواعيد والرسميات، قليل الانتباه، شديد القلق، كثير النسيان، متردد، متخلف، سهل الاضطراب والضيق، كثير الشكوى من التفاهات، كثيراً ما تظهر عليه الغرابة وتسيطر عليه أفكار خاصة ومخاوف مختلفة حتى المروية منها.

والصفات السابقة للأغاط الخمسة قد (تداخل) بعضها مع بعض وليس لازماً بالضرورة وجودها كلها عند فرد واحد. وإن من أبرز مزايا (الشخصية السليمة) كل الصفات التي تؤدي إلى توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته ومجتمعه.

ويذكر في (التشخيص الطبي النفسي) الكفايات الخاصة: (الآلية، المنزلية، العملية، الموسيقية، الفنية، المهارة اليدوية، الألعاب الرياضية الخ..).

وفي التشخيص الطبي النفسي ليس المهم تعداد الأعراض والصفات بل الحصول على (صورة ديناميكية لشخصية المريض) والوقوف على العوامل الفعالة المؤدية لشكواه، وتقدير ما يرجى في شفاء حالته (التنبؤ المستقبلي):

Future Prediction

نموذج رقم (٣)

نموذج ريتشاردز لدراسة الحالة: الأسلوب التحليلي: Richards

الاتجاه التحليلي وسماته العامة: تحدث ريتشاردز في كتابه (علم النفس الإكلينيكي المعاصر)^(٧) حديثاً مفصلاً عن (النموذج التحليلي) لدراسة الحالة. ويمكننا تلخيص السمات العامة لهذا النموذج بالآتي:

أ- يركز على خصائص وصفات الحالة تحليلياً وتاريخياً وعمودياً؛ كالبيانات الأولية للمريض وخصائص الحالة جسدياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً ودراسياً ومهنيّاً والتطور العائلي.

ب- يهتم بالشكوى وأسبابها والأمراض ومراحل النمو والتطور.

ج- يركز على الأعراض والمعاناة واحتياجات المريض وأساليبه الدفاعية.

أما سمات الأسلوب التركيبي (ساندبرغ، تيلر) فهي:

أ- يهتم بالصياغة التركيبية لعناصر الحالة وعرضها كصورة وظيفية متكاملة للمريض في نواحي التكيف مع نفسه وحياته وبيئته.

ب- يركز الأسلوب التركيبي على الحاضر وديناميات السلوك عند المريض ومرصه النفسي أو العقلي وحكم الأخصائي حولها.

ج- يهتم بالتسوّ المستقبلي للمرض وتوصيات العلاج.

محتويات نموذج ريتشاردز التحليلي لدراسة الحالة: ١٩٤٦:

Analytic Method of Case Study

أولاً: البيانات الأولية: **Identifying Data**

وتشمل الاسم، والسن، والدير، والجنس، وتاريخ الميلاد، والجهة المحوّلة للحالة.

ثانياً: تاريخ تطور الأسرة: **Family Record**

ثالثاً: تاريخ تطور الفرد: **Individual Development**

أ- العوامل البيئية: طفولة المريض - الأنوار - علاقاته بها .

ب- نمو المريض أثناء الطفولة: صعوبات التسول والإحراج - قصم الأطراف - مص الإبهام - نوبات الغضب .

ج- الأمراض الجسمية: طروف الولادة - الإعاقات والتشنجات - إصابات الدماغ - تأثير الأمراض على المريض .

د- التطور التعليمي للمريض: التكيف الدراسي - النجاح والتعوق - التأخر والفشل .

هـ- التطور المهني للمريض .

و- الحوادث الدالة على الجُناح .

ز- التطور الجنسي النفسي: النضج الجنسي - السلوك الجنسي - الزواج والطلاق - نظرة المريض إلى الجنس الآخر.

ح- العلاقات الاجتماعية: علاقاته بالآخرين - نظراته للغير.

ط - التاريخ السلوكي: خصائصه السلوكية، محاولة الانتحار.

ي- استخدام الأدوية^(٨).

أما العالمان (ويلز، ورويش ١٩٤٥ Wells + Ruesch)؛ في كتابها: المفحوصون العقليون؛ فقد نهجوا النهج التحليلي التائي وحددوا محتوى دراسة الحالة (ب خمسة أجزاء):

(أولاً): فترة الطفولة والمراهقة: وتنضم الولادة وظروفها والأمراض - الأسرة والوالدان والبيئة - الأمراض العصبية والعصابية والعقلية - شخصية المريض - التطور التعليمي للمريض.

(ثانياً): فترة الرشد: وتنضم الأمراض - النواحي الجسمية والجنسية - البيئة والأسرة والمركز الاجتماعي - التطور المهني للمريض - عادات المريض - النواحي الجسمية - الأمراض العصبية والعقلية والعصابية - ميول المريض - النواحي الدينية.

(ثالثاً): التاريخ الأسري: وبشكل خاص الأمراض التي وجدت لدى أفراد الأسرة.

(رابعاً): الأعراض والشكاوى الحالية: وتحتوي على مشاعر المريض - الأعراض الجسمية - التفكير ومحتوياته - مناطق الجسم التي كان يشتكي منها - الأجهزة الجسمية التي كان يشتكي منها.

(خامساً): الاختبارات النفسية: وتحتوي على المظهر الخارجي مر
تعبيرات وسلوك وأوضاع جسمية للمريض أثناء المقابلة - الاستجابات
الانفعالية والوجدانية - الشحصة وسماتها وتعبيراتها نتيجة للمرض -
حاجات المريض ودفاعاته وصراعاته وتهديداته - التصنيف التشخيصي
سواء كان اضطراباً بسيطاً أو عصافاً أو ذهافاً أو مشكلة سلوكية أو فصافاً
أو ذهافاً عضوياً؛ وتطور المرض وسن المريض عند الإصافة^(١).

وقد استعرض (ساندبرغ وتيلر ١٩٦٢) في كتابها: (علم النفس
الإكلينيكي المعاصر) محتوى دراسة الحالة بشكل تفصيلي مسهب على النحو
التالي:

(١) بيانات ذاتية: وتوضع في ملف المريض على شكل « بطاقة أولية »
وفيها اسم المريض، وعنوانه، وحنسه، وتاريخ ومكان ميلاده، وحالة
الزواجية، والمهنة، والتعليم، والدين، والدخل، وأسماء الأقارب المحيطين
بالمريض.

(٢) أسباب المجهى: وتحتوي على المشكلة والشكوى الحالية، وتاريخها
وكيفية بدايتها، وكيفية تحويل الحالة وتبليغ المريض، وخبراته السابقة
بالعيادات والمستشفيات، وتوقعاته في نوعية المساعدة وكيفيةها.

(٣) الظروف الحاضرة للحالة: وتشمل حياة المريض اليومية من
الصباح حتى المساء وعودته للنوم، وبيان تفصيلي عن كل فرد في العائلة له
مع المريض علاقات هامة؛ والتغيرات الحادثة في المدرسة أو العمل أو الأسرة
أو التزهة والترفيه.

(٤) تكوين الأسرة: وتحتوي على بيانات شاملة عن الأم والأب

والإخوة والأخوات ودور المريض في الأسرة سواء كان دوراً رقيقاً محبباً أو مكروهاً مضطهداً. وكذلك المصاهرة والتفكك العائلي وحوادث الوفاة والطلاق.

(٥) الخبرات الأولية: وهي الأحداث المؤثرة في حياة المريض المسكرة وأشخاصها وأماكنها ومشاعر المريض عنها.

(٦) الميلاد والنمو: وتهتم بطروف الولادة، والنشي والكلام، وصعوبات الفطام، وقصم الأظافر، ومص الإبهام والخافوف المربعة في الظلام، وعلاقات الطمولة الاجتماعية ومشكلاتها كالكذب والسرقة والعزلة والقسوة والاحتبال، ونظرة المريض لطمولته سواء كانت سارة أو غير سعيدة.

الصحة: وتشتمل على أمراض الطفولة وزمن الإصابة بها. والأمراض الأخرى، والإصابات، والعمليات الجراحية، والعجز، وتقييم المريض لدرجة صحته.

(٨) سجل العمل: ويتضمن وصفاً لأعمال المريض بشكل تتابع رمزي، وأسباب تغييرها، والاتجاهات نحو العمل، والمسؤولية، والتوفير في الدخل.

(٩) الترفيه والاهتمامات: وتشمل الأعمال الاختيارية بدون أجر، وشايطات المريض الثقافية كالقراءة، وعضوية الجماعات، والأنشطة الدينية، والأعمال المبتكرة، وتقييم المريض لنفسه في تعبيره عن ذاته.

(١٠) النمو الجنسي: ويشتمل على المعرفة الأولية للجس ورددود الأفعال، وتطور الاهتمام الجنسي، وأشكال التعبير عنه كالاستمناء أو الجنسية العبرية أو الجنسية المثلية أو عادات أخرى. وتقييم المريض لقدرته على التعبير الجنسي.

(١١) البيانات الزوجية والأسرية: وتتناول ظروف الزواج وتاريخه ومراحله وعدد مرات الزواج، والحمل والأطفال وأعمارهم، والعلاقات الأسرية والأسفار، والمقارنة بين أسرة الفرد الجديدة وأسرته القديمة. وتوضح العلاقات بين أفرادها ومشكلاتها.

(١٢) وصف الذات: ويتضمن وصف المريض لذاته على شكل رسالة أو قصة أو دور مسرحي وخصائصه الهامة كنقاط القوة والضعف، ومصادر الازعاج من شك، وقلق، وتأنيب ضمير، ومشكلات توافقية قائمة، ووصف المريض لأعراضه ومشكلاته، ووصف المريض (لشخصين) يشهانه تماماً، و(شخصين) يخالفانه تماماً؛ وتحديد (شخص) يود المريض أن يكون مثله.

(١٣) الاختبارات ونقاط التحول الحياتية: وتشتمل على منعطفات التحول في الحياة واختيار القرارات بها كنوعية الدراسة، أو الزواج أو الانفصال عن أهله أو اختيار العمل. وبيان نواحي النجاح والفشل في حياة المريض، ومصادر التشجيع حوله في أوقات الشدة والأزمات، وفقدان الثقة، والقدرة على اتخاذ القرار والضغط الإرادي.

(١٤) بيانات إضافية: وتشمل كل إضافة مكملة ونافمة^(١١).

وقد تحدث العالم (براون Brown ١٩٦٨) في بحثه بكتاب « مساهم البحث في علم النفس » بإشراف أندروور؛ عن (محتوى تاريخ الحالة) وحددها (بسته أقسام) كما يأتي:

- ١ - بيانات أولية.
- ٢ - تقرير المشكلة.
- ٣ - عوامل ولادية وبدنية مؤثرة في السلوك.

- ٤ - عوامل بيئية مؤثرة في السلوك .
- ٥ - الاستجابات للقوى الولادية والفيزيولوجية والبيئية التي يجوز أن تكون قد أثرت في أنماط السلوك الراهنة .
- ٦ - مصادر المعلومات (البيانات) ^(١١) .

نموذج رقم (٤)

نموذج ساندبيرغ وتيلر (التركيبي) لدراسة الحالة: Formulation

Method of the Case

يدعو العلماء هذا النموذج بأسلوب (صياغة دراسة الحالة)؛ وقد أشرنا في الصفحات القليلة الماضية أن منهج (ساندبيرغ وتيلر) التركيبي يتركز حول (صياغة عناصر الحالة كصورة وظيفية متكاملة) ويهتم بتكيف المريض وحاضره، وديناميات سلوكه وفوق كل هذا (حكم الأخصائي حولها) والتنبؤ بمستقبل المرض وتوصيات العلاج. ويمكننا استعراض أبرز ملامح النموذج التركيبي لدراسة الحالة على الشكل التالي:

- ١- شخصية المريض: وتتضمن تفسير ديناميات شخصيته ومرضه النفسي أو العقلي.
- ٢- أسباب المرض: وترتبط بالظروف السابقة لحدوثه.
- ٣- التنبؤ المستقبلي: ويرتبط بالتوقعات في اتجاهات المرض ومستقبله.
- ٤- توصيات العلاج: وقد تكون مقترحات علاجية أو تحويل لجهات أخرى.

وقد أثار هذان العالمان في كتابهما (علم النفس الإكلينيكي) تساؤلات هامة وزوايا متعددة حول جزئيات الحالة التي تستدعي صياغة وتجميعاً وتركيباً وهي:

أولاً: الوظائف النفسية والعقلية الحاضرة للمريض ومدى قيامه بها وتشمل:

(١) قيامه الوظائف في الجماعات والمجالات التي يعيش بها ودوره وتفاعلاته.

(٢) المهارات والقدرات الوظيفية كالذكاء، والعجز العقلي والاضطراب الانفعالي.

(٣) نواحي القوة والعجز دراسياً وجسدياً ومهاراته في حل المشكلات.

(٤) نواحي التشويه أو العجز الجسدي وآثارها ومشكلتها.

ثانياً: دوافع المريض وانفعالاته وتشتمل على:

(١) العلاقات الاجتماعية بما في ذلك أنماط السلوك وأعراضها.

(٢) الخصائص الانفعالية من قلق وتذبذبات انفعالية.

(٣) الصراعات النفسية والاستجابات التوافقية والدفاعات وعلاقتها بالتوافق.

ثالثاً: مفهوم الذات والتنظيم الأساسي للمعتقدات ويتضمن:

(١) الهوية أو الذاتية للمريض ومعتقداته المسلّمة التي لا تناقض.

(٢) احتمال وجود مؤشرات أو أدلة على هذيان في اعتقاداته عن نفسه.

(٣) القيم والسلطات ونظرة الفرد لها ومصادرها لديه.

رابعاً: تطور الحالة والتغيرات الطارئة:

(١) أنماط الاختيار عند المريض واتخاذ القرار واكتشاف الدائل.

(٢) التطورات الموقفية في الأدوار والواجبات في مواقف متعددة.

(٣) القدرة على التعلم والتعبير واستعداد المريض للاستيعاب والمرونة.

خامساً: الانطباعات التشخيصية:

- (١) التصنيف الطبي النفسي الملائم للحالة؛ وما هو البديل؟
- (٢) نواحي المعجز في القدرة والأداء الأكاديمي أو اللغوي والمهن الملائمة له للتدريب.

سادساً: التوصيات والتنبؤات:

- (١) الحاجات الخاصة بالنمو والتغيرات اللازمة لمواجهة المستقبل المحتمل.
- (٢) تغيرات مرتبطة بالجمال كتبديل المنزل، أو اختيار نوع العلاج أو الإرشاد.
- (٣) الأعمال والتدريبات الخاصة بالمريض كالعلاج بالعمل:

Occupational Therapy

أو العلاج الصناعي: Industrial Therapy

أو التأهيل المهني: Vocational Rehabilitation

- (٤) النتائج النفسية للعلاج الجسدي Somatic Treatment وفوائد أو مساوئ الأدوية والعقاقير أو العلاج التشنجي الكهربائي: Electroconvulsive Therapy أو غيرها.

- (٥) العلاج النفسي وما مدى قيمته ونوعه؟ ومن يقوم به؟ وهل كان فردياً أو جماعياً أو إرشادياً^(١٣).

حواشي الفصل الحادي عشر

- (١) راجع د. محمود الزيادي: علم النفس الإكلينيكي: مكتبة الأنجلو المصرية. ١٩٦٩ - ص ١٣.
- (٢) راجع د. محمود الزيادي: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٦٩ مكتبة الأنجلو المصرية. ص ٢١ - ص ٥٣.
- (٣) راجع د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٦٧ مكتبة مصر بالفيضان. القاهرة - ص ٤٧٢ - ص ٤٩٨.
- (٤) نموذج ريتشاردز راجع:
- (4) Richards, T. W. *modern Clinical Psychology* New York-McGraw Hill, 1946.
- (5) Sundberg, N.D + Tyler: *Clinical Psychology*. New York, Appleton-Century-Crofts. 1962
- (٦) يقوم بهذا البحث الأخصائي/ الأخصائية الاجتماعية.
- (7) Richards, T W. *Modern Clinical Psychology*, New York-McGraw-Hill, 1946.
- (8) Richards T W *Clinical Psychology*, New York McGrawHill, 1946
- (9) Wells, F L. And Ruesch, J *Mental Examiners' Hand Book*, New York, Psychol, Corp; 1945
- (10) Sundberg, N D And Tyler, L E. *Clinical Psychology*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1962
- (١١) راجع: براون، أ. د.: مناهج البحث ووسائله في علم النفس الإكلينيكي في « مناهج البحث في علم النفس » بإشراف أندروز (مترجم بإشراف يوسف مراد). القاهرة - دار المعارف - ١٩٦٨.
- (12) Sundberg, N D And Tyler, L E. *Clinical Psychology*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1962
- انظر أيضاً: د. عطية محمود هاشم، د. محمد سامي هاشم: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية: ١٩٧٦ ص ١٠٩ - ص ١١٥.

الفصل الثاني عشر

المقابلة التشخيصية

Diagnostic Interview

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد...
- التعريف والأهمية.
- شروط المقابلة الجادة؛ وعبورها..
- أهمية وأهداف المقابلة.
- نوعيات المقابلة:
- (١) مقابلة الالتحاق بالعلاج أو المؤسسة.
- (٢) مقابلة الفرز والتشخيص المبدئي.
- (٣) مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة.
- (٤) مقابلة (ما قبل) و (ما بعد) الاختبارات النمائية.
- (٥) المقابلة الممهدة للعلاج النفسي.

- (٦) المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه.
- استراتيجيات نوعية للمقابلة:
 - (١) استراتيجية المقابلة السؤرية.
 - (٢) استراتيجية المقابلة الإكلينيكية.
 - (٣) مقابلة المشكلة الواحدة) أو (التعمق).
 - (٤) استراتيجية المقابلة المتمركزة حول العميل.
 - (٥) المقابلة الجماعية؛ ومزاياها وعيوبها.
- أسس ماثودولوجية للمقابلة:
 - (١) الإصغاء الدقيق.
 - (٢) الأسئلة الهادفة.
 - (٣) إدراك الدوافع اللاشعورية.
 - (٤) كشف وملاحظة التناقضات الوجدانية.
 - (٥) التقبل المبصر.
 - (٦) الوثام والعلاقة الحميمة المسؤولة.
 - (٧) تسمير البيانات والنتائج.
- تسجيل ومهدات المقابلة...
- أهمية (التعامل) بين الأخصائي والمريض في المقابلة الشخصية.
- مبادئ المقابلة: (هادلي - روثليبرغر، وديكسون - براون)
- مضمون ومحتوى المقابلة الشخصية.
- تقييم المقابلة وثباتها وصدقها.

* * *

«إن مئات الآلاف من المصانع، والشركات، والمدارس، والعيادات في شق
أرجاء الوطن العربي تنتظر شبابا وفتياتنا للمساهمة في تطويرها. وربما
تكون - المقابلة - كمن وعلم بداية لهذا التطوير. إن تعلم الديمقراطية أو المقابلة لا يتم
إلا بالممارسة؛ وليس برفع الشعارات.

الفصل الثاني عشر

المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview

تمهيد:

أصبحت المقابلة في العصر الحديث أداة بارزة من أدوات البحث العلمي؛ وقد ظهرت كأسلوب هام في ميادين عديدة كميدان الطب والصحافة والمحاماة وإدارة الأعمال والأنثروبولوجيا والاجتماع والخدمة الاجتماعية؛ وشكل خاص في مجالات التشخيص والعلاج النفسي. وقد تأثرت المقابلة كأداة للبحث بعاملين هامين هما: المقابلة الاكليسيكية وحركة القياس السيكولوجي.

التعريف والأهمية:

يعرف العالم (آلين روس) المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر؛ الشخص الأول هو احصائي التوجيه والإرشاد أو التشخيص، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة فنية محورها (الأمانة) وبناء العلاقة الناجحة^(١).

أما (نجهام، ومور، وحستاد:

(Binghaam, Moore, Gustad

فيرون « بأن المقابلة هي محادثة موجهة (لفرض محدد) غير الإشباع الذي يتم عن المحادثة نفسها »^(٢).

وليس الهدف - على هذا - من المقابلة عنونة المريض وإلصاق الصفات به أو تصنيفه في فئة إكلينيكية محددة، وإنما الهدف منها هو الكشف عن (ديناميات السلوك المرضي) قبل أي اعتبار. ويتوقف نجاحها في تقديرنا على قدرة الأخصائي في بناء علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض وهي علاقة الثقة والتواد: Rapport. والمقابلة التشخيصية ترمي إلى المساعدة على تشخيص حالة المريض بتوجيه أسئلة هادفة ذات (صياغة محكمة)، وبملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة. وفي موقف المواجهة بين الأخصائي والمريض يتمكن الأول من الحصول على كثير من المؤشرات والعلامات Clues التي تساعد على دقة التشخيص.

ويؤكد العالمان (شافر ولازاروس (Schafer, G.W. + Lazarus)؛ بأن الاختبارات ليست في حقيقة أمرها سوى - مقابلة مقننة - وليس هناك بديل للمقابلة في الخدمات النفسية فهي - على هذا - المحور الأساسي فيها^(٣).

ويرى العالم (لانديز Landis) أن المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية وبدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعة ديناميكية^(٤). وقد استخدمها هو والعالم (كزى Kinsey ١٩٤٨ - ١٩٥٣) في دراسات عن السلوك الجنسي، والنمو الجنسي النفسي بين الذكور والإناث^(٥).

وقد حدّد العالم (شيمو ١٩٥١: Sheimo) المقابلة في شرطي الأمانة والموضوعية بقوله:

« إن الاتجاهات المضادة - الشخصية - Bias يجب أن لا يطلق لها الأخصائي العنان في التعبير. وهذه الاتجاهات تتمثل بالعاطفة المتطرفة في الشعور أحياناً بالأسى، والتوجس خيفة، ومحاولة إخماء الحقيقة، ومن ناحية أخرى عدم الصبر، والضيق. ولا شك أنه إذا سمح لنفسه بإظهار هذه المشاعر، فإن عمله لن يكون سليماً وموضوعياً بدرجة كافية. فمثلاً قد يتأثر الأخصائي بموقف الآباء الذي يدعو إلى الشفقة، وباء على ذلك فقد يبدو لبعض الأخصائيين أنه ليس من الرأفة بمكان أن يكونوا صريحين مع الآباء بحقيقة الموقف. ولكن إذا كان موقف الأخصائي في إقناعه قوياً وحازماً، وفي نفس الوقت يسمح للآباء بأن يعبروا عما يجيش في نفوسهم من مشاعر القلق وعدم الارتياح لما أوداه لهم عن حقيقة ابنهم؛ فإنه بهذه الطريقة يستطيع أن يحصل على رضا الوالدين وتقبلهم لهذا الابن وللإرشادات المختلفة التي وجههم إليها»^(١).

ويؤكد خبراء الإرشاد السيكولوجي أمثال (هاملتون وكارل راجرز ١٩٥٨ Hamilton and C. Rogers) أن المقابلة يجب أن تركز على عطاء فني وثقة متبادلة بين الأخصائي والعميل ويسودها روح الصدق والأمانة والمودة. وعلى الأخصائي في المقابلة إبراز مشاعره لا سيما في الحالات التي تستدعي تعاطفاً مع العميل تاركاً له حرية التعبير^(٢).

وهكذا يبرز أن غرض المقابلة يتوقف على (الهدف) الذي يتمثل بها، ومهما كان الهدف: تشخيصاً كان أم إرشادياً؛ علاجياً أم استطلاعياً؛ فإن (جمع البيانات والفهم المتكامل) لشخصية العميل هي القاسم المشترك الذي تنصدي له المقابلة شتى أنواعها. ويهتم علماء النفس الإكلينيكي مدى ثبات المقابلة التشخيصية في تقييم المرضى. وقد أثبتت دراسات العالم (شميدت

(Schmidt)؛ أن هنالك قدراً لا بأس به في ثبات المقابلة؛ وكانت معاملات الاتفاق بين القائمين بالمقابلة أمثال (شميدت وفوندا) وغيرها قد بلغت أكثر من ٠.٨٠. وستعرض لهذا بالتفصيل في نهاية هذا الفصل^(٨).

وقد اتجه بعض العلماء للدعوة إلى استخدام (المقابلة المقننة) كمدل لأدوات التقييم الأخرى. والرأي الأقرب إلى الثبات في نظر فئة أخرى من العلماء هو ضرورة الجمع بين المقابلة، ودراسة الحالة، والاختبارات ليكون لدى الأخصائي قاعدة للمقارنة من أجل الوصول إلى صورة أقرب إلى الحقيقة لشخصية المريض ومرضه.

وهناك من العلماء من يرى بأن المقابلة في الحقيقة هي الحكم Criterion الذي يستخدم لقياس مدى صدق الاختبارات التشخيصية والصعوبة الكبرى التي تعتبر من عيوب المقابلة هي وجود الوقت الكافي والخبراء في فن المقابلة؛ وعالماً ما تم المقابلة في تشخيص سريع وعلى أيدي تحتاج للكثير من التدريب والدراية والخبرة.

والمقابلة التشخيصية ليست وفقاً على الأخصائيين النفسانيين فخبراء الإرشاد والخدمة الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين يمكن أن يؤدي دوراً بارزاً في المقابلة. وقد يلجأ الأخصائي لمقابلة أفراد لا علاقة لهم بالحالة لتزويده بمعلومات ترتبط بالمشكلة التي يحاول دراستها ومعالجتها.

وقد حذرت عالمة (هيلين بيك Helen Beck) في كتابها الإرشادي^(٩)؛ حين ناقشت عملية إرشاد آباء الأطلعال الشواذ؛ في أنهم - أثناء المقابلة - يميلون لإنكار المعلومات غير السارة أو المؤلمة؛ والتي غالباً ما تأتي من مصادر خفية لاشعورية. وتفتقر عالمة (هيلين بيك) أن يكون الأخصائي حذراً وقادراً على اكتشاف هذه الدوافع اللاشعورية التي تعتبر

عيباً من عيوب المقابلة التي لا يوجد فيها ضمان كامل، وتشدد على ضرورة (الموضوعية) عند الأخصائي في - حدود الإمكان.

وفي تقديرنا أن الأمانة والموضوعية في المقابلة يجب أن تكون ذات طرغير؛ يمثل العميل أو الآباء طرفاً بها؛ ويكون الأخصائي الطرف الثاني والمكمل بها.

أما العالم (كانر Kanner) فإنه ينصح الأخصائي عند المقابلة بعدم التسرع بالإجابة على أسئلة أو نقاط غامضة يفضل الآباء الحديث عنها بصفة تلقائية لشعورهم أنها شؤون عائلية ومن شأنهم - وحدهم - إدلاء البيانات والمعلومات عنها^(١٠).

شروط المقابلة الناجحة: يمكننا أن نستخلص مما تقدم أن المقابلة الناجحة لا بد أن تتركز على شروط واضحة. ونستطيع - في تقديرنا - تحديد أهم هذه الشروط على الشكل التالي:

(١) أن يتمكن الأخصائي من تشكيل علاقة ألفة ومودة مع (العميل) أو أفراد العينة أو المسؤولين أثناء المقابلة.

(٢) أن تكون (كلمات الأسئلة) مبسطة وواضحة وحسب مستوى المهيب.

(٣) يستطيع الأخصائي رفع مستوى صدق وثبات المقابلة بإجرائها بطرق مختلفة؛ وفي أوقات متفرقة؛ وفي أماكن متعددة لتكشف كافة الزوايا المطلوبة عن الحالة أو المشكلة، ويمكن تسجيل الإجابات (يدوياً أو آلياً) أثناء إجراء المقابلة أو بعدها؛ ومن الأخصائيين من يفضل استخدام أجهزة التسجيل الصوتية، ويمكن إلى جانب المقابلة الاستعانة بتطبيق الاستفتاءات المفتوحة أو المقلمة مع المقابلة.

عيوب المقابلة: ازدادت مصادر النقد في العصر الحديث لفجوات المقابلة وعيوبها رغم ما فيها من مزايا وقيمة؛ ويمكننا تحديد هذه العيوب بما يأتي:

(١) ليس من المستبعد أن يقع الأخصائي أثناء المقابلة بتحيز شخصي: Bias سواء في تفسيره للمحادثة أو نظريته للشخص الآخر أثناء المقابلة؛ وقد تنف فوارق الجنس؛ واللون؛ والدين؛ والاتجاه الايديولوجي والسياسي؛ والذكورة أو الأنوثة، والنظرة المصرية السلالية أو الطبقيّة الاجتماعية؛ عوائق صعبة في وقوع الأخصائي أثناء المقابلة ضحيةً لتفكير مسبق وأحكام عاطفية لا تخلو من تعصب وجنوح وليس من السهل إنكارها أو التخلص منها ببساطة لأنها جزء من شخصية الأخصائي.

(٢) أثناء المقابلة يمكن (الإيحاء) للمجيب بنوع من الأجوبة التي يعتقد أن السائل يريد الوصول إليها.

(٣) إن المجيب في - معظم الحالات - قد يعطي إجابات لا تعبر عن رأيه الحقيقي إذا كان حائفاً أو خجولاً؛ أو شاعراً بالذنب؛ أو محاولاً الاحتفاظ بكرامته وشعوره؛ أو تحت أي ضغط من الضغوط.

(٤) إن السرعة أثناء المقابلة قد تكون عاملاً يهدد ثباتها وصدقها ولهذا لا بد من وجود الوقت الكافي.

وقد تعمدا استعراض شروط المقابلة الناجحة؛ وعيوبها؛ في هذا المكان من هذا الفصل لنضع (القارئ والأخصائي)؛ وجهاً لوجه أمام مسؤولية الدقة والاحتراس والموضوعية قبل أن نقدم إليها أنواع المقابلة، ومبادئها وتقييمها.

أهمية وأهداف المقابلة:

لقد ثبت مما تقدم أن للمقابلة (دوراً) بارزاً في تجميع المعلومات والبيانات لترويد الباحث أو الأخصائي النفسي بفهم شامل للحالة أو المشكلة التي يتصدى لدراستها أو تشخيصها.

وتبرز أهمية المقابلة في أنها في جوهرها هي عملية (إتاحة الفرصة) للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.

وتبرز أهمية المقابلة شكل خاص في - ميدان الإرشاد - بين الأخصائي والآباء بحيث تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية يتاح بها للآباء أن يتعلموا شيئاً عن أنفسهم واتجاهاتهم؛ وعن العالم الذي يعيشون فيه وبالتالي تتكوّن لديهم أساليب تفكير جديدة وعادات (سلوكية مرغوبة) وبذلك تكون المقابلة ميداناً ومجالاً للتعبير عن المشاعر والانفعالات والاتجاهات؛ كما أنها مصدر للمعلومات والبيانات، فضلاً عن كونها أداة للتبصير والتوعية والتفاعل الديناميكي.

أما أهداف المقابلة فتختلف باختلاف (الغاية) التي تستهدف المقابلة تحقيقها في نهاية المطاف، ويتضح لنا ذلك بالتفصيل حين نتعرض لأنواع المقابلة حيث نشاهد أن لكل نوع منها غرضاً محدداً وغايات يحاول الأخصائي تخطيطها مسبقاً حتى يتمكن من الوصول إليها.

وقد وصفت - على سبيل المثال - العالمة الشهيرة (آلين أورباش Aline Auerbach) غرض المقابلة بين المرشدين والآباء وعرضت الغرض (التوقعات) التي يود الآباء معرفتها والحصول عليها فقالت:

«إن الآباء يريدون من المقابلة مع المرشد معلومات عملية وجديدة

ودقيقة. يتوقعونها في لغة مبسطة يستطيعون فهمها. ويريدون معرفة كل شيء عن الجوانب الانفعالية للحالة وطريقة التأثير في شخصية الطفل وسلوكه. إن الآباء يريدون أن يعرفوا عند مقابلة الأخصائي كيف يتصرفون حيال أنسائهم في الوقت الحاضر، وما الذي يتوقعونه منه في المستقبل»^(١١).

ويصور العالم (روس Ross) رد الفعل الشديد عند المقابلة من الآباء بقوله:

« .. تعمل ميكانيزمات الدفاع تلقائياً عند المقابلة مع الآباء؛ فهم عموماً يستجيبون للتشخيص بقصب؛ أو شعور بالذنب، أو إنكار أو معارضة. وهنا ينبغي على الأخصائي أن يولي عناية كبيرة بأن يدع الآباء يحملونه يقول ما يريدون أن يسموه ويرغبوه. ولكنه إذا كان مقتنعاً بقيمة ما يقدمه من توصيات فإنه يجب أن يعبر عنها بكل ثقة ويتمسك بها بكل قوة وإصرار»^(١٢).

نوعيات المقابلة:

إن الذي يحدّد نوع المقابلة هو (الهدف والغرض) الذي تقام من أجله المقابلة. وقد قسم العلماء المقابلة إلى (ستة أنواع) رئيسية طبقاً لغرضها والهدف من إجرائها:

١ - مقابلة الالتحاق بالعلاج أو المؤسسة:

Admission or Intake Interview

إن الهدف من هذه المقابلة القصيرة تحديد حالة المريض بصفة مبدئية

وإمكانية قبوله بعد دراسة استارة يقوم بإملائها؛ أو تحويله لجهة أخرى. ويمكن أن يصنف الفرد بها تصنيفاً مرضياً إذا كان الأخصائي في المقابلة ذا مهارة عالية فتصبح لها قيمة تشخيصية. وقد تكون غاية هذه المقابلة قبول فرد معين في مؤسسة أو إدارة. ويطلق على هذا النوع من المقابلة القصيرة المدة: Brief Interview وهي تزيد من توعية المريض وتصيره بمشكلته وتصحح تفكيره عن العلاج النفسي وتوجهه إلى نوعية الخدمات المتاحة له للاستفادة منها.

٢ - مقابلة الفرز والتشخيص المبدئي (انتقاء أو عزل):

Screening and Diagnostic Interview

إن التشخيص المبدئي في هذه المقابلة يستهدف تصنيف الأفراد حسب درجات مرضهم النفسي وحالاتهم ويكون تحت ضغط السرعة كالطلبة المتخصصين في الدراسات النفسية العليا أو طلبة الكليات العسكرية؛ ويكون الأفراد في هذه المقابلة تحت نوعية خاصة من التوتر كخلع الملابس، وهنا تتهاوى الدفاعات النفسية عند الفرد ومقاومته للإجابة الصحيحة تقل. أما عملية العزل والانتقاء أثناء الفرز فتهدف إلى اختيار أفراد إلى مهن ومهام معينة وعزل أفراد عن مهام لا تناسب معهم. وتزداد هذه المقابلة من هذا النوع في الخدمة العسكرية ويتوقف نجاحها على (دقة الملاحظة) عند الأخصائي أثناء المقابلة ومهارته وخبرته في الكشف عن مظاهر السلوك السيكوباتي والشاذ.

٣) مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة:

Social and Personal History Interview

وتهم هذه المقابلة بجمع بيانات تفصيلية عن (الحالة) منذ مولدها

وتطورها وأسرتها والعلاقات بين الحالة ووالديها وغيرها من الأشخاص الهامين بالنسبة لها. ويضم هذا النوع من المقابلة النواحي الصحية، والتعليمية والاجتماعية والبيئية. وقد يستخدم الأخصائي سجلات الشرطة وأحكام القضاء كما في حالات الجناح. وكذلك انفصال الوالدين أو وفاة أحدهما أو حدوث اضطرابات مالية للأسرة، أو مشكلات لأفرادها.

ويجب على الأخصائي أن يميز بين الكذب العشوائي الذي يقوم به المريض تحت ضغط ظروف سيكوباتية والكذب المتعمد المقصود الذي يمكن كشفه الفوري بواسطة اكتشاف آلة الكذب.

٤) مقابلة ما (قبل) وما (بعد) الاختبارات النفسية:

Pre and Post Testing Interviews

تلعب المقابلة ما (قبل) الاختبار دوراً كبيراً في تهيئة (العميل) Client عقلياً ونفسياً لأداء الاختبار وتخفف من مخاوفه وهذه المقابلة تؤثر تأثيراً مباشراً على سلامة الأداء ويتأكد فيها الأخصائي من سلامة الجيب من أي خلل حسي أو شلل أو تشويه يعرقل أداء الاختبار ويضع ذلك منذ البداية في الاعتبار. وتبرز أهمية هذا النوع من المقابلة - قبل الاختبار - في (البيئة العربية) لأن الأفراد عموماً في بلادنا ما زالت فكرة إجراء الاختبارات التشخيصية عليهم أمراً جديداً. وهم يتطلبون إرشاداً وإعداداً قبلها Orientation .

أما المقابلة التي (تعقب) الاختبار فهدفها إشباع رغبة المريض في معرفة نتائج الاختبارات التي طبقت عليه. ويعتبر هذا الهدف بالغ الأهمية في نظر علماء النفس الإكلينيكي لأنها تقضي على القلق الناشئ عن تطبيق

الاختبارات كما انها تساعد في توجيه الحالة نحو العلاج وتمهد له . وتساعد أيضاً في مراجعة صدق نتائج الاختبار؛ وتمكننا هذه المقابلة من التحقق من الكثير من الفروض المتعلقة بذكاء الحالة أو ديناميات سلوكها . ويميل البعض إلى تسمية هذين النوعين من المقابلة (جلسات) Sessions .

هـ) المقابلة الممهدة للعلاج النفسي:

Introduction to Therapy Interview

يختلف الأفراد من حالة لحالة؛ حسب شدة الحالة ودرجة تعقيدها . ولكن الجميع يحتاج قبل بدء العلاج إلى تمهيد وإعداد . وهدف هذه المقابلة تعريف المريض بطريقة العلاج وضرورة تعاونه مع الطبيب النفسي، وغرس الثقة عنده لأن الدافع لدى المريض بالشفاء من أقوى دعائم النجاح في العلاج . ويتركز هدف هذه المقابلة في محاولة الأخصائي تعديل (الاتجاهات الخاطئة) عند المريض . وضروري عدم مجاملة المريض على حساب صحته النفسية وحقائق حالته لأن الصراحة المعقولة معه ستوفر عليه حزناً أكثر ووقتاً أطول ويأساً أكثر عبثاً مما يظن .

٦) المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه:

Interviewing Friends and Relatives of the Patient

يؤدي أهل المريض وأقرباؤه وأصدقاؤه دوراً بارزاً في جمع البيانات، وتقييم الحالة وتشخيصها، ودوراً في تقدّم العلاج والمساعدة فيه لأهم (البيئة البشرية) التي كانت وتظل تحيط بالمريض .

ويجب على الأخصائي أن يكون حذراً ولقاً في استئذان المريض قبل مقابلة أقاربه وأصدقائه حتى لا تؤدي مقابلتهم إلى عكس النتائج المتوقعة منها. وتساعد هذه المقابلة أثناء سير العلاج حين يتعاون الأقارب مع الطبيب النفسي على مساعدة المريض وشفائه السريع.

هذا وستناول بالتفصيل الحديث عن (المقابلات العلاجية) في كتابنا القادم: (أساليب واستراتيجيات العلاج النفسي).

استراتيجيات نوعية للمقابلة:

يقم العلماء المعاصرون المقابلة إلى خمس استراتيجيات:

١) استراتيجية المقابلة البؤرية: Focused Interview

وهي طبقاً لدراسات (مورتون، وفيسك، وكندال ١٩٥٦) تهدف إلى تركيز اهتمام المريض أو العميل على (خبرة معينة): Specific Experience وعلى آثار هذه الخبرة مثل (فاجعة عائلية أو حادث اصطدام أو رؤية فيلم) والأخصائي يعرف مقدماً هذه الخبرة ويمد الأسئلة المرتبطة بكافة جوانبها وأبعادها. ومصدر المقابلة ومحورها هو الأخصائي لأنه يعرف نوعية البيانات التي يود الحصول عليها. ولا سيما (الخبرة الذاتية للأشخاص) الذين تعرضوا للموقف. وتستخدم المقابلة البؤرية بصفة عامة الأسلوب غير الموجه في تشجيع العميل على تحديد الموقف الذي تعرض له، وذلك عن طريق الإشارة إلى أهم الجوانب في هذا الموقف ثم التدرج في استطلاع استجاباته إذا كان فرداً واحداً.

٢) استراتيجية المقابلة الإكلينيكية:

Clinical Interview

وتكون في المجانين (العيادي، والاجتماعي) ونهم (بالمشاعر والدوافع وكامل الخبرات) في حياة العميل أكثر من اهتمامها بآثار خبرة معينة. وفي المقابلة الإكلينيكية، يلاحظ السلوك غير اللفظي مثل ملامح الوجه وسرعة الكلام لدلالاتها التشخيصية. وتختلف نوعية المقابلة الإكلينيكية طبقاً للهدف) منها.

٣) مقابلة المشكلة الواحدة أو التعمق:

Problem or Depth Interview

يميل بعض علماء التخصص حالياً إلى أن المقابلة يجب أن تتجه نحو (مشكلة واحدة) بذاتها وبشكل متعمق دون التطرق إلى الأطراف الأفقية منها. وهذا الاتجاه الممودي يجعل الأخصائي محددًا في شيء معين بدلاً من انشغاله بأشياء كثيرة في وقت واحد.

٤) استراتيجية المقابلة المتمركزة - حول العميل:

Client-Centred Interview

يعتبر العالم (كارل راجرز ١٩٥١ C. Rogers) أول من ابتكر هذا النوع من المقابلة واستخدمه للتشخيص والعلاج بنفس الوقت بأسلوب (إرشادي). وراجرز لا يفصل بين العلاج والتشخيص وهو يعتبرهما متلاحين ومتصلين. ويشجع الأخصائي (العميل: Client-Patient) للتعبير

عن مشاعره - بدون شروط أو قيود - وبأقل قدر ممكن من التوجيه أو المساءلة، كما يعمل على خلق جو من التقبل والسماحة والتنبُّه للمشاعر التي تتضح في أقوال العميل، بصورة تشجعه على التعبير الطليق عن مشاعره دون خوف.

هـ) المقابلة الجماعية:

Group Interview

تستهدف هذه المقابلة توفير الجهد، وسرعة الوقت، وقلة التكاليف. ويرى العالم (جود ١٩٥٩) بأننا لا نملك حالياً تقييماً يكفي للحكم على هذا النوع من المقابلات ولكن الخبرات العملية في استخدامها في العلاج (الجماعي) و(العائلي): Group and Family Therapy تشير إلى أنها لا تخلو من مزايا وعيوب. ويتراوح أعداد المجموعة في هذا المقابلة التي تستخدم (للتشخيص والعلاج معاً) بين (١٠ - ١٢) شخصاً يتم إيجاد التناسق بين أفرادها والعمل على تهيئتهم على يد مدرب مختص على مستوى عالٍ من المهارة. ومن أبرز مزايا (المقابلة الجماعية):

أ- التشجيع على التعبير والمشاركة.

ب- إمكانية الحصول على أوسع مدى من الاستجابة نتيجة وجود مدى أوسع من الخبرة والتبادل التفاعلي في الجماعة.

ج- يساعد التفاعل الاجتماعي على سهولة تذكر التفاصيل عن الخبرات.

د- الجو الجماعي يخفف عن (الفرد) مشكلاته حين يسمع مشكلات

الآخرين التي غالباً ما تكون أكبر من مشكلته وهو بدوره يخفف عنهم ويساعدهم.

أما عيوب (المقابلة الجماعية) فنحصر بالآتي:

أ- تحتاج لأخصائي على مستوى عال من الخبرات والمهارات والتدريب والمعرفة بديناميات الجماعة والتفاعل.

ب- لا تنجح المقابلة الجماعية ما لم يكن أفراد المجموعة في حالة إعداد وتناسق واسجام مسبق، وتقارب في السن، والثقافة، والمستوى الاقتصادي، وبوعية المشكلات ودرجة حدتها وعندها يولد التفاعل ثماراً محددة.

ج- قد يكون (النجل والخوف) عائقاً عند بعض الأفراد.

د- قد يحتكر بعض الأعضاء المناقشة والدور ويخرجون عن أهداف وموضوع المناقشة.

هـ- المقابلة الجماعية قد لا تمثل (البيئة المحلية) كلها في الشروعات الاجتماعية ومشاريع التنمية.

أسس ماثودولوجية للمقابلة: (غاريت ١٩٤٢) يعتبر كتاب العالة (غاريت ١٩٤٢) عن المقابلة واحداً من الكتب القلائل التي ساهمت مساهمة كبيرة في شرح أسس المقابلة ومعاهيمها ومصمونها. وبود أن نستعرض (سعة أسس) منهجية للمقابلة عند غاريت^(١٣):

١- الإصغاء الدقيق: The Listening

تؤكد العالة (آستا غاريت) بأن الإصغاء الدقيق عند الأحصائي لكل

كلمة من كلمات المريض The Patient هو من أبرز الأسس المنهجية في المقابلة الناجحة؛ والإصغاء يختلف عن مجرد الاستماع Hearing؛ لأن الأول هو مشاركة وجدانية كاملة للعميل Client الذي يقوم بعملية تفريغ لمشاعره وآلامه واحباطاته. ومن الضروري أن يراعي الأخصائي راحة المريض أثناء الجلسة لأن التوتر Tension كثيراً ما يعوق الحديث المتسلسل ويعرقله. وعلى قدر ما يبرز الأخصائي من اهتمام وتفهم بالحالة فإن عليه أن لا يقحم نفسه ومشاعره الشخصية أو أحكامه الذاتية في المشكلة، ويبقى دائماً أميناً في أداء دوره. وعليه أن لا يكون صوته سلبياً بل متفاعلاً مع المريض؛ فهو يعرف جيداً قيمة الكلمات ومقدارها وآثارها ووقتها المناسب.

٢ - الأسئلة الهادفة: Purposeful Questions

إن السؤال الذي يخرج من منطق محدد فإنه غالباً ما يطرق هدفاً محدداً، وتشير العالمة (غاريت) إلى أن توجيه الأسئلة لكي يكون هادفاً يجب أن يتصنصنصونين:

أ - الحصول على معلومات وافية وبيانات دقيقة.

ب - توجيه المقابلة من اتجاه عقيم إلى آخر مفيد.

ولهذا فإنها ترى أن الأسئلة التي تحاب بكلمة (نعم أو لا) مختصرة لا تنفي بالفرص ولا بد من أسئلة تتيح للمريض أو للآباء التعبير المفصل عن مشاعرهم وذلك عن طريق الأسئلة الإيجائية: Leading Questions وطريقته غير مباشرة ولا تنصصنصنص إجابته (صح أو خطأ) وإنما يعتمد على

التعبير الحر. وهناك من العلماء من يميل إلى إعطاء الأسئلة الصفة الكمية المحضة كبديل للأسئلة الكيفية. وفي تقديرها أن لكل منها ضرورته ودوره ومكانه الخاص والمناسب له ولا غنى لنا عن نوع دون الآخر.

٣ - إدراك الدوافع اللاشعورية:

إن الأخصائي الخبير يحاول دوماً أن يقرأ من تعبيرات المريض ووجهه، وكلماته، وأنماط سلوكه، وحركاته، وتصرفاته أنها كلها تعكس دوافعه اللاشعورية من الأعماق وقد تظهر على شكل (ميكانيزمات دفاعية) أو (تعبيرات رمزية): Defensive Mechanism or Symbolic Expressions. فمعظم كلمات المريض هي رموز تعبيرية: Symbolic وبذلك يتمكن الأخصائي من سرعة فهم الحالة وربط صاحبها دوماً بإطار الواقع: The Reality كلما حاول الخروج من إطار الواقع.

وكما أن كل سلوك ينسج من دوافع شعورية ولا شعورية، فإن كل حيرة لها كذلك صفات موضوعية وأخرى ذاتية. وطالما أن هدف الأخصائي هو تقديم المساعدة الفعالة للمريض أو للآباء فإنه ينبغي أن يعمل على استنتاج الحقائق الواقعية التي تنصره بحالة المريض أو اتجاهاً الآباء نحو أنفسهم وأنائهم منها تكن نوعية المشكلات.

٤ - كشف وملاحظة التناقضات الوجدانية:

يواجه الأخصائي أثناء المقاتلة مع (المريض أو الأب) تناقضات وجدانية ذات دلالات باثولوجية - لا شعورية. فالمريض أو الأب يريد مساعدة جديّة ولكنه (غير قادر) على طلبها بصراحة. والمريض يطلب

الصيحة والحل ولكنه (لا يسمعها) ولا ينفذها حين تعطى إليه. وهناك شكل ثالث للتناقض الوجداني ينعكس في أن المعلومات التي يعطيها المريض إلى الأخصائي سرعان ما يأتي (عكسها تماماً) في سلوك العميل؛ والأخصائي الإكلينيكي الخبير يضع في اعتباره منذ البدء في دراسة الحالة عشرات الاحتمالات لهذه التناقضات الوجدانية عند المرضى، والآباء وهي كلها تتحرك من دوافع وحاحات وأرضية لا شعورية تنعكس على شكل تناقض وجداني ومهمة الطبيب الوعي بهذه المؤشرات ودلالاتها ومساعدة أصحابها على حل هذا التناقض.

٥ - التقبل المبصر:

إن من الأسس المنهجية للمقابلة الناجحة؛ أن يتقبل الأخصائي حالة المريض أو العميل كما هي: As It Is .

ونمي بذلك تقبل الاتجاهات والعلل والامعالات دون الموافقة العمياء عليها؛ فالاحترام للعميل لا يتنافى مع توصيح وجوه الخطأ في اتجاهاته بأسلوب تدريجي فيه الكثير من اللباقة ووضع الأمور في نصابها وأوقاتها المناسبة.

وقد لفت العالمان (ثورن، وأندريس: Thorne + Andrews) نظر الأخصائيين في الإرشاد النفسي إلى التقبل المصغر للعميل دون الاصطدام معه بأفكاره واتجاهاته المسقة التي غالباً ما تتعارض مع اتجاهات الأخصائيين. وما ذكره هذان العالمان:

«... يلاحظ أن بعض الآباء يعامل طفله بطريقة تكون متناقضة مع

القيم التي يؤمن بها أخصائي الإرشاد النفسي. فقد يكون الأب من النوع الذي يميل إلى أن يوقع العقاب والأذى بالطفل، أو يتبع سياسة البعد والإهمال، أو يتطلب منه أشياء أكبر من أن تتحملها طاقته، أو يقوم بمرض الحماية الرائدة على الطفل أو غير ذلك من الأساليب غير المرعوبة. وهنا نجد أن الأخصائي إذا قام بتوقيع اللوم والإدانة على هذه الاتجاهات الوالدية؛ فإنه سوف لا يكون قادراً على أن يقف موقف الشخص الذي يستطيع تقديم مساعدة مجدية فعالة، لأن الآباء في هذه الحالة سوف يقفون موقف المدافع، أو يستحيون للنقد بعداء مضاد، ولا شك أن مثل هذا الجو من شأنه أن يؤدي إلى عرقلة سير العملية الإرشادية»^(١٤).

٦ - الوثام والعلاقة الحميمة المسؤولة:

كثيراً ما نلاحظ بأن المريض أو العميل يتقدم إلى الطبيب أو الأخصائي النفسي دون إدراك لطبيعة علاقته به ولحدودها ومسؤولياتها. ويرمي مشكلته على الأخصائي متوقعاً منه حلولاً سحرية وسريعة. ولا بد أن يوضح الأخصائي بما لديه من براعة ومهارة وحبرة في بناء العلاقة القائمة على التآلف والمودة بأن في المقابلة مسؤوليات مشتركة من الطرفين. فالعميل لا بد أن يؤدي دور التغيير في اتجاهاته وسلوكه، والتعاون مع الأخصائي؛ وكذلك فإن من واجب الأخصائي أداء مهمته. وقد أكد العالم (وول) (١٩٥٨) أهمية (الوثام) في العلاقة الحميمة بين الأخصائي والمريض وأوضح أن الوثام هو نتاج علاقة مهنية ناجحة، ويقترح (وول) بأن أفضل طريقة لنمو تلك العلاقة هي أن ننشد مباشرة إلى المشكلة. وبذلك يصبح الوثام باماً بضعنا وجهاً لوجه أمام المشكلة في صميمها. وهذا اتجاه يختلف عن كثير من الاتجاهات القديمة الكلاسيكية التي كثيراً ما تحوم حول المشكلة بضياغ

الوقت في الشكليات الروتينية التي يرفضها (وول)^(١٥).

وفي تقديرنا يبدو أن التعرف على الانفعالات والمشاعر والاتجاهات، وتكوين القدرة على الإحساس بوجودها ودرجتها وصفتها، هذه القدرة لا يمكن اكتسابها فقط من قراءة كتاب أو من الدراسة الأكاديمية، ولكنها تحتاج إلى تطبيق مستمر للمعرفة النظرية يوماً بعد يوم؛ ومن الاحتكاك والتفاعل مع الناس وبما لهم من مشكلات واقعية ودائية تتكوّن تلك القدرة.

٧ - تفسير البيانات والنتائج:

إن المقالة بين الأخصائي والمريض أو العميل: الأب هي في حقيقتها سلسلة متصلة من تكوين الافتراضات واختبار صحة هذه الافتراضات. وتلمع خبرة الأخصائي بحاسبيها النظري والمهني دوراً هاماً في عملية تفسير البيانات أو نتائج الاختبارات (إن وجدت). وحينما يتأكد الأخصائي من أن فروضه قد ثبتت صحتها أو يقوم بتعديل ما فيها من نقاط لم تكن تتفق مع ما كان يتوقعه فإنه في هذه الحالة يجب ألا يقدم أي تفسير عن الحالة إلى الأب إلا عند تأكده بأن تسميره سيكون مجدياً في مساعدة الأب ومساعدة الطفل ولكن (ميكانيزمات الدفاع) عند الأب ومشاعر القلق عنده وعدم ثقّله التفسير والتعليل الصريح يظل دوماً من أكر العوائق أمام الأخصائي. وتنطبق نفس القاعدة في الصعوبة التي تواجه الأخصائي عند تفسيره للبيانات أو نتائج الاختبارات أمام المريض الذي يقاوم ويرفض تقبلها بدوافع: (ميكانيزمات دفاعه).

تسجيل ومهدات المقابلة:

ينصح العلماء أن نمة (مهدات تمهيدية) يستحسن أن يشار بها الأخصائي بعد وعيه الكامل لشروط المقابلة وأهميتها وأنواعها واستراتيجياتها وأسها المنهجية؛ وهذه المهدات هي:

- أ- شرح هدف وأغراض المقابلة للعميل أو المريض بوضوح وتحديد.
- ب- وصف الطريقة التي وصل بها العميل إلى المقابلة سواء كانت تحويلاً من مؤسسات أخرى أو شخصية.
- ج- تعريف الشخص أو الأشخاص المشتركين في المقابلة ببعض الإرشادات المرتبطة واللازمة لنجاح المقابلة.
- د- تأكيد (السرية التامة) للبيانات التي تجمع عن طريق المقابلة وتطمين العميل لصمان أعلى قدر من استجابته وخفض توتره: Tension Reduction والحصول على تعاونه وتحاوبه.

وقد اختلف العلماء حول (طرق تسجيل المقابلة) فكل اتخذ الطريقة المناسبة مع مستوى المريض أو العميل والمناسبة مع نوع المقابلة، وغرضها وأهدافها. ويمكننا استعراض خمس طرق لتسجيل المقابلة:

- (١) الكتابة من الذاكرة بعد الانتهاء من المقابلة.
- (٢) تقدير استجابات العميل على (مقياس للتقدير) سبق إعداده والتدرب على استخدامه من جانب القائم بالمقابلة، والعميل.
- (٣) وجود نظام سابق للتصنيف والتمييز يمكن استخدامه؛ كأن يرسم علامة أمام الرمر المناسب في مربع أو في مسافة تترك لهذا الغرض.

٤) التسجيل الحر في لكل ما يقوله العميل أثناء المقابلة.

٥) استخدام أجهزة التسجيل الصوتي بعد موافقة العميل أو بغير علمه.

ورغم أن لكل طريقة عيوبها ومزاياها فإن غايتها رفع درجة الصدق والثبات لبيانات المقابلة. وفي تقديرنا أن لكل حالة موقفها الخاص وطريقتها الفضلى وهنا تبرر مهارة الأخصائي في استخدام الأداة الملائمة، في المكان اللائق، وفي الوقت المناسب وفي الحالة الخاصة.

أهمية (التفاعل) بين الأخصائي والمريض في المقابلة التشخيصية:

The Interaction of the Interview

اتفق العلماء على أن المقابلة التشخيصية هي (موقف ذو مغري): Interviewing Situation of Significance ففي هذا (الموقف) يحاول الأخصائي أن يعلم ويتعلم الكثير عن المريض وخاصة ما كان له ارتباط واضح أو محتمل بالحالة التي يشكو منها المريض. ويتضمن الموقف ملاحظة الأخصائي لسلوك المريض بمنظار دقيق ومحاولة تفسير هذا السلوك على شكل افتراضات. وعلى الأخصائي ملاحظة (مخاوف المريض واشتعالاته الانفعالية): Fears and Emotional Involvements فهي من عوائق المقابلة المتفاعلة حتى تصرف نظر العميل عن الإجابة على أسئلة الأخصائي. وقد يخطيء العميل المبتدئ في فهمه لدوره The Patient Role ويتوقع من الأخصائي كل شيء مهماً مسؤولية الاستقلال بنعمه عن المير.

وقد ينحرف الأخصائي عن دوره فيعكر بنعمه بشكل مكرر ويهمل

التفكير بالمريض الذي هو محور المقابلة. وقد كشفت دراسات قام بها العالمان (بولانسكي وكوين: Polansky and Kounin) عن انطباعات العملاء والمريض حول سلوك الأخصائيين وتقييم جهودهم^(١٦).

وقد ذكر (راحرز Rogers) بأن التفاعل والعلاقة مع المريض يجب أن تعتمد على الاهتمام به والاستجابة له، والتسامح بما يظهره من مشاعر، وعدم إصدار أي حكم أخلاقي على سلوكه. وعدم الضغط عليه^(١٧).

وتأخذ المقابلة في البداية طابعاً رسمياً Formal حتى تتسم بطابع من الجدية والدقة. ويعتبر الموقف المتصف بالانفعال والاهتمام العميق بالمريض هو الموقف النموذجي للأخصائي Deeply Interested Detachment وقد حذر العالم (شافر Schafer) في أحد أبحاثه من أن يتحول الأخصائي إلى قديس ذي سلطة كبيرة على المريض تحت ضغط ميوله ودوافعه اللاشعورية مما يفسد المقابلة ويضر بنتائجها. فالاعتدال في سلوك الأخصائي باستمرار هو من أفضل النماذج المطلوبة.

وهكذا يبدو أن التفاعل: The Interaction بين الأخصائي والعميل يولد علاقة ذات طرفين وهي لازمة وضرورية في مقابلات التشخيص والعلاج على حد سواء.

ويمكننا تلخيص (وجهات النظر) حول هذا (التفاعل) بين الأخصائي والمريض بوجهات أربع:

١) نظرة التعلم المتبادل: يفسر بعض العلماء التفاعل بأنه في جوهره عملية (تعلم متبادلة Interactive Learning) ففي المقابلة يحدث تعبير تدريجي في سلوك المريض والأخصائي معاً. ويؤكد الدكتور محمد عماد الدين

اسماعيل العالم النفسي السلوكي بأن المقابلة التشخيصية ليس هدفها تعديلاً
تاماً لسلوك المريض ولكن الأخصائي الناحج لا بد أن يعير سلوكه بنفس
المقدار الذي يتوقع من المريض تغييراً في سلوكه. وهكذا يكون (التفاعل)
عملية تعلم ذات طرفين.

(٢) النظرة التواصلية - العلائقية: ويذهب فريق آخر من العلماء إلى
تفسير العلاقة؛ والتفاعل بين الأخصائي والمريض في أنها عملية تواصل:
Communicative Process وتلمب اللغة دوراً رئيسياً كوسيلة للاتصال
ونقل المشاعر والأفكار بجانب غيرها من وسائل الاتصال الشفوية
والكتابية والصامتة؛ والمقننة والإسقاطية وغيرها. ومن المهم ملاحظة أثر
وسائل الاتصال بين طرفي المقابلة وهو ما نطلق عليه استرجاع المعلومات أو
الاجترار المعرفي: Feedback وتعني في علم النفس الاجتماعي ملاحظة أثر
سلوك فرد في فرد آخر، فالأخصائي يتأثر باتجاهات المريض وتتكون لديه
(استجابات راجعة) وكذلك يتأثر المريض بالأخصائي وتتكون لديه
(استجابات راجعة) وبينهما تتم خطوات الاتصال وخطوطه. وقد يكون
الاتصال بوسيلته لغوياً، وقد يكون غير لفظي - غير لغوي: Nonverbal
وقد كشفت دراسات العالم (بيتسون ١٩٥٦ Bateson) عن أن من أبرز
الأسباب التي تكمن وراء الأمراض العقلية وجود خلل في (شبكة
الاتصالات)؛ حتى بين أفراد الأسرة الواحدة: Communication
Problem وشدد على أن تكون المقابلة وجهاً لوجه واقترح على الأخصائيين
النفسانيين الاهتمام الزائد بالمريض أو العميل من خلال إشاراته وعلاماته
ومن خلال الأصوات والأشياء والملبوسات والمشومات لما لها من قيمة في
عمليات الاتصال بين الأفراد^(١٨).

٣) نظرة الأخذ والعطاء :

وهناك فريق ثالث من العلماء يرى أن (التفاعل) بين الأخصائي والمريض أو العميل؛ هو عملية تبادلية فيها أخذ وعطاء Transaction يسودها محادثة وجدانية؛ فالأخصائي يقدم العلم والخبرة والمهارة الفنية؛ أما العميل فيقدم تجاربه وخبراته الشخصية وأوجاعه. ويفضل البعض تسمية هذه الصفقة من الحديث الودي نوعاً من المفاوضة: Negotiation تم بين طرفين للوصول إلى هدف مشترك.

٤) نظرة التطور التالي التتابعي:

يرى فريق رابع من العلماء أن (التفاعل) بين طرفي المقابلة هو عملية تطويرية تتابعية نموية Developmental Sequence فكل (جلسة: Session) من الجلسات في مقابلات التشخيص أو العلاج هي (مرحلة Stage) في سلسلة متتابعة ومتراصة الحلقات. ولا يمكن نضوج الحالة وفهمها ما لم تتكامل حلقاتها المتتابعة ويصبح لدى الأخصائي مفهوم شامل عنها من خلال (التفاعل) مع العميل.

تخطيط المقابلة وتحديد ملاحظاتها وفروضها:

إن فكرة تشكيل أو بناء المقابلة: Structuring, Planning, or Organizing the Interview.

تعتبر القاعدة الأساسية في بدء التشخيص للحالة. ويختلف العلماء والأخصائيون في (تشكيل أولويات المقابلة) ومع الاختلاف في سرد

الأولويات فإن ثمة شبه اتفاق حول ما يأتي:

- أ- تحديد مكان وزمان وتاريخ المقابلة.
- ب- تحديد أهداف وأغراض المقابلة.
- ج- تحديد الأسئلة ونوعيتها وضمان السرية للإجابات.
- د- ضمان الجو المريح والحر والخاص لجلسة العميل Privacy .
- هـ- ملاحظة السلوك وردود الأفعال والدفاعات والاستعداد المسبق للتغلب عليها ورسم استراتيجيات احتوائها.
- و- الملاحظة المركزة على مظاهر السلوك من اكتئاب، وتغرق، وقضم للأظافر، وإهمال للمظهر، وشروء ذهني عند الحديث، وعلامات اليأس أو العناد، والتحدّي.
- ز- مرونة الأخصائي في اعتبار (الفروض) التي يضمها عن الحالة متتالية وعرضة للخطأ والتعديل والتصويب والتحقيق والتغيير حتى يصل بذلك إلى صورة متكاملة شمولية للمقابلة النموذجية التي تتضمن في أبعادها ثلاثة أبعاد:

(١) دراسة الحالة: Case Study

(٢) القياس والاختبارات: Testing and Measurement

(٣) التجريب: Experiment

مبادئ المقابلة

تحدث علماء كثيرون حول (المبادئ الأساسية للمقابلة) ومن أبرز هؤلاء العلماء :

(هادلي ١٩٥٨ ، وروثليسبرغر وديكسون ، وبراون ١٩٦٨) :

مبادئ المقابلة عند هادلي : Hadley, J.M :

١ - وضع الأساس السليم للمقابلة: ويتم بالاحترام المتبادل وعدم التعالي - ومحاولة فهم المريض وتقبله، والاستعداد للمشاركة في حل مشكلاته.

٢ - البدء السليم للمقابلة: ويتم بتوضيح غرض المقابلة للمريض وإشعاره بالمسؤولية المشتركة.

٣ - وضع الأسئلة بصورة واضحة: ويجب أن لا تكون الأسئلة غامضة أو يكون بها أي نوع من أنواع الانحياز أو الإيحاء .

٤ - ترتيب الأسئلة طبقاً لمستوى قلق المريض: ويبدأ الأخصائي بتشجيع المريض بأسئلة تدريجية مرتبة ليضمن التعاون من العميل.

٥ - السرعة المعقولة المناسبة أثناء المقابلة: يستحسن أثناء المقابلة عدم الإسراع وعدم البطء ؛ وأن يشير الأخصائي أسئلة جديدة بمجرد انتهائه من الأسئلة الأولى .

٦ - تسجيل المقابلة بأسرع وقت ممكن: يعتبر تسجيل المقابلة ضرورياً سواء كان أثناء الحديث أو بعده، وسواء كان على الورق أو باستخدام

التسجيل الصوتي بموافقة المريض، ومن الأخصائيين من يفضل فقط كتابة نقاط أساسية.

٧- الصراحة المباشرة في الأسئلة الحساسة: إن السؤال الصريح والواضح يضع العميل أمام ضرورة ماسة للإجابة عليه، ومثاله السؤال عن الرغبات اللاشعورية المكبوتة أو الخبرات الجنسية المسبقة.

٨- معالجة فترات السكوت بلباقة: اقترح بعض العلماء ترك العميل للتفكير لعل ذلك يزيد من استبصاره لمشكلته والبعض اعترض على ذلك واقترح إثارة العميل بخوافز واستشارات ليخرج عن فترة الصمت.

٩- محاولات كشف ما وراء الإجابة الطحينة: ويتم ذلك بإعادة السؤال وتشجيع العميل على الإجابة الدقيقة ذات المدلول.

١٠- ملاحظة التناقضات في إجابات المريض: ويستحسن عدم تكذيب المريض بعنف وشدة وإنما احتواء تناقضه وتصحيحه بلباقة.

١١- مواجهة الانفعالات العنيفة بطريقة هادئة: يواجه الأخصائي حالات غير اعتيادية من الصراح العنيف والبكاء ويستحسن احتواؤها بهدوء وصبر وضبط وتسامح لأنها تعتبر بمثابة التنميس Outlet لانفعالات المريض ومشاعره.

١٢- مراعاة الوقت المحدد وتشجيع التعبير الشعوري: إن من واجبات الأخصائي الموازنة بين تشجيع المريض على كشف شعوره بالتعبير وبين الوقت المحدد للمقابلة.

١٣- إجابة الأخصائي للأسئلة الطارئة: يتساءل المريض أثناء

المقابلة - أسئلة عارضة - ويستحسن أن يجيب الأخصائي عليها بشكل تلقائي قريب من العفوية التي يطرح بها المريض تساؤلاته.

مبادئ المقابلة عند روثليسبرغر، وديكون:

Roethlisberger + Dickson

ويمكننا حصر هذه المبادئ بالنقاط التالية:

- (١) اهتمام الأخصائي بضمون ومحتوى المقابلة وليس فقط بالشكل.
- (٢) عدم النظر للبيانات على أنها (خطأ أو صواب) وعدم التسرع في الحكم منذ البداية.
- (٣) عدم النظر إلى كافة المعلومات من الزاوية النفسية فقط.
- (٤) يجب على الأخصائي الإصغاء إلى ما يقال من المريض وإلى (ما لا يقال) منه *The Unspoken Words*.
- والاستعانة بالحاسة الوجدانية السادسة وقدرة الاستنصار.
- (٥) ينبغي على الأخصائي معالجة السياقات العقلية وما تكشفه من دلالات شخصية.
- (٦) أن يدرك الأخصائي أن المقابلة هي (موقف اجتماعي) ويتقرر حديث المقابلة طبقاً لنوعية العلاقة بين طرفيها؛ والمهم أن لا يسمح الأخصائي أن تؤثر على عواطفه عواطف العميل.

مبادئ المقابلة عند براون: Brown

- يحدد العالم (براون Brown) نظريته لمبادئ المقابلة في نقاط أربع:
 - ١) الدفء الشعوري والاهتمام والصدقة والمهم المتبادل يجب أن تسود فوق (السلطة) في المقابلة.
 - ٢) التمسك بفن الإصغاء دون صمت سلبي؛ وعدم إقحام العميل بآراء ونظريات شخصية.
 - ٣) دقة الملاحظة والسلوك والإشارات أثناء المقابلة؛ وتفسير الكلمات بدقة بعد مراجعتها.
 - ٤) أن يكون لدى الأخصائي مقدرة الاستبصار بدوافعه وقدراته وسلوكه ويتحكم بها بصفة موضوعية ويضعها في خدمة الشخص المناسب وفي المكان المناسب، والوقت المناسب.

مضمون ومحتوى المقابلة التشخيصية

إن من الضروري أن نؤكد بأن محتوى المقابلة يختلف من حالة لأخرى طبقاً لطبيعتها ودرجة شدتها ونوعيتها. ومع ذلك فهناك محتويات مشتركة بين مختلف الحالات؛ والأخصائي المحترف سيجد في محتويات المقابلة (مؤشرات تشخيصية): Diagnostic Signs تساعد على أن يسرغور الحالة ويكتشف جذورها؛ ويمكننا تحديد هذه المصادر المشتركة في مضمون المقابلة بما يأتي:

١ - صياغة المشكلة بجرية العميل: كشفت الخبرات الإكلينيكية أن إعطاء الحرية والفرصة في البداية للعميل ليصوغ مشكلته دون أن يقاطعه الأخصائي بالحديث؛ تعتبر من وسائل التنفيس وخفض التوتر والقلق عند العميل. ويتدخل الأخصائي بتصحيح أسلوب الصياغة حين يخرج العميل بعيداً عن الواقع.

٢ - الحديث العلائقي بين المريض والأخصائي: إن الحديث بين الأخصائي والعميل علاقة ذات طرفين وديناميات التفاعل بينها أثناء المقابلة تزود الأخصائي بمعلومات ذات طابعين:

أ - الحقائق The Facts المرتبطة بالحالة.

ب - دفاعات المريض: The Defensives.

ويعتبر الباحث (روبرت مارتن ١٩٥١ R. Martin) واحداً من أشهر العلماء الذين قاموا بتصنيف إجابات المرضى الفصامين والمصابين في إطار المقابلة والحديث بين الأخصائي والعميل؛ ويمكننا حصر هذه الإجابات بالنقاط التالية كدليل لأهمية التعبير اللفظي وتبادل الحديث بين طرفي المقابلة:

أ - إجابات تدل على إدراك المرضى لمركزهم الاجتماعي أو تقبلهم أو عدم تقبلهم الاجتماعي.

ب - إجابات تدل على الشعور بالمعجز (لا أعرف)، وكانت إجابة الذهانين تدل على عدم القدرة على التعبير أو الاعتماد على الذات.

ج - إجابات تعكس تقييم الشخص السلي لنفسه وذاته.

د - إجابات تعكس حساسية المريض المعرطة نحو نظرة الآخرين له وجرحهم لشعوره؛ وبلوغ إجابة العصائين في هذه الناحية إلى اثني عشر ضعف إجابة الذهانيين.

هـ - إجابات تعكس عجزاً في القدرة على الحكم على نفسه أو إدراك نفسه، وخنوع في الاعتماد على الغير.

و - إجابات تعكس أن المريض يشعر بنفسه أنه عادي رغم أن حالته قريبة من حالة الذهانيين.

ز - إجابات تشير لاستخدام المرضى أعراضهم المرضية كأعذار مرضية لصعوبات تواجههم في قيامهم بأدوار اجتماعية أو اقتصادية معينة.

وهكذا فإن استنتاجات (روبرت مارتن) أوضحت أهمية الحديث العلائقي بين طرفي المقابلة كمصنوع يحتوي على (مؤشرات): Signs .

٣ - اهتمامات المريض وميوله: إن أسئلة الأخصائي يمكن أن تتركز حول ميول واهتمامات معينة يرتاح لها العميل، وعن الأفراد الذين يشاركونه هذه الميول والاهتمامات Concerns كالموسيقى، والتمثيل، والغناء، والرياضة، والنشاط الاجتماعي، والنشاط الثقافي، وأنواع اللعب وغيرها.

٤ - طموحات المريض ونظراته المستقبلية: من محتويات المقابلة أسئلة ترتبط بالكشف عن النظرة المستقبلية عند المريض Future Image وآماله في الدراسة، أو العمل، أو الزواج، وهل يتوقع السعادة أم الفشل؟ وما هو مدى اليأس والإحباط لديه.

٥ - دوافع المريض وخوافزه: يهتم الأخصائي أثناء المقابلة بتحليل خوافز المريض ودوافعه ومداهها، وهل توجد لديه دوافع شديدة غير

متكافئة مع إمكانياته أم العكس؟ هل حوافز المريض الثروة أم العلم، النساء أم المناصب العالية؟ الأمن أو الهروب من الواقع؟

٦ - مدى استبصار المريض بإحباطاته: يهتم الأخصائي بقياس مدى استبصار المريض وإدراكه لعواقبه ومشكلاته. وعلى ضوء ذلك يعرف الأخصائي (المدى) الذي يحتاجه المريض من المساعدة والعلاج. وعلى قدر إدراك المريض لحالته فإن عبء المسؤولية يصبح على كتف العميل أكثر مما هو على كتف الأخصائي كما هو متبع عرفاً وتقليداً.

٧ - رصد الخبرات الاكتئابية واستجاباتها: يتولى الأخصائي المحترف Professional Specialist أثناء المقابلة؛ عملية الرصد لخبرات المريض المسببة لاكتنابه وكيفية استجابته لها؛ ما هي مسببات تعاسته وفشله؟ وكيف يواجهها؟

٨ - رصد المزاج - الزئبقي عند المريض: يهتم الأخصائي المدرب أثناء المقابلة بمراقبة الحالة المراجية لدى المريض ومدى السرعة في تغيراتها الزئبقية، هل ينفع المريض لأتفه الأسباب؟ ما هو مقدار الصبر والتحمل لديه؟ هل لديه ثبات انفعالي؟ هل يتألم بسرعة؟ هل يشعر بالسعادة؟ وإلى متى؟ وإلى أي حد؟

٩ - ملاحظة القلق والهم عند المريض: إن من مضمون المقابلة أن يركز الأخصائي اهتمامه حول ملاحظة قلق المريض وهمومه ومصادرها؛ وما الذي يثيرها؟ وهل هي مزمنة أم طارئة؟ وقد تتناول أسئلة الأخصائي الفرص الاجتماعية وتقدير الشخص، والموت، والحب، والصداقة، والأسرة والزواج، والأنساء، والجسدية الغيرية، والجسدية المثلية، والفلسمة، والحوادث والفشل، والاستمناء، والمسؤولية، والدين^(٢٠).

١٠ - الكشف عن المخاوف الظاهرة والمستترة: يعكس المريض عموماً سلوكاً ظاهرياً تكمن تحته عشرات المخاوف (الفوبيات) Phobias فهناك من يخاف من الظلام والأشباح، ومن يخاف من نفسه أو من الناس. والبعض يخاف من الأماكن المغلقة Claustro-Phobia أو الخوف من الأماكن المرتفعة: Acro-Phobia أو من الماء والفرق Hydro-Phobia أو الأماكن المتسعة . Agora-Phobia

١١ - مصادر الصراع: ويجادل الأخصائي أن يكتشف مصادر الصراع (عائلية - دينية - أخلاقية - مهنية - ذاتية - اجتماعية) والمهم للأخصائي حصر هذه الصراعات وإدراك محالاتها وقوتها وترتيبها على درجات.

١٢ - مصادر الغضب والعداوة: إن لكل عميل طريقة خاصة في التعبير عن عداوته وغضبه، واتحاشاً معيناً نحو والديه، وعمله، والسلطة القائمة من حوله، والأشياء التي تستثير غضبه وعدوانه، ومقداراً معيناً لضبطه لنفسه؛ وعلى الأخصائي أن يتعرف إلى هذه الجوانب.

١٣ - ما يكرهه المريض وما يحبه: يميل المريض عادة إلى نوعيات خاصة محبة لديه من (الأشخاص، والمواقف، الملابس، الأطعمة، الأشربة، الألوان، المواضيع، الميول) فمناقشة هذه الموضوعات تسبب لدى المريض ارتياحاً وتهذئة لانفعالاته واستثارة لاهتماماته.

١٤ - المعتقدات الدينية: تلعب هذه المعتقدات عموماً دوراً سلبياً لدى بعض الأفراد؛ وإيجابياً لدى بعضهم الآخرين؛ ومن الأخصائيين من يفضل الابتعاد بهائياً عنها. وهناك من يجد فيها مجالاً جيداً لمساعدة المريض وفهم تفكيره ومشكلاته.

١٥ - مشاعر الذنب والإثم: **Guilt Feelings** وهي بمثابة المنشار الذي يقص شجرة التوافق لدى المريض ويضعه في حالة عذاب داخلي وجداني يجد فيه نفسه دوماً بين نارين. فهو يدين نفسه دوماً بالعقاب. ومن واجبات الأخصائي أن يدرك إلى أي حد يعاني المريض من مشاعر الذنب؟ وهل تشكل مشاعر الإثم والخطيئة في نفسه عائقاً عن التحرك إلى بداية إيجابية؟ أم أن بإمكان المريض التغلب على هذا الشعور؟

١٦ - حالات العجز عن التعبير اللفظي: إن عدم مقدرة المريض على التعبير اللفظي عن أفكاره الشعورية واللاشعورية يعتبر في حد ذاته دلالة تشخيصية، ويمكن للأخصائي باستشارات خاصة أن يسأل المريض؛ ما الذي يملك من القيام بالأعمال السيئة؟ وما هو نوع السيطرة والضغط الذي تمارسه على نفسك؟

١٧ - الأفعال القهرية والأفكار المتسلطة: من خلال الأسئلة يتمكن الأخصائي المدرب من اكتشاف أفعال قهرية - جبرية يضطر المريض أن يقوم بها كالتأكد عدة مرات من إغلاق باب السكن، أو عد قضبان الحديد في أسوار الحديقة. وقد يشير المريض هنا لزعزعات تدميرية وحرافات وأفعال قسرية جنسية.

١٨ - الأحلام: رغم اختلاف العلماء والأخصائيين في تفسير وأهمية الأحلام كمضمون في المقابلة التشخيصية فالتركيز ينصرف على:

أ - موضوع الأحلام ومضمونها.

ب - تكرار حدوثها وفتراتها وتكرار الحلم الواحد.

ج - نسيان الأحلام، والكوابيس، ووضوح الحلم وخصائصه.

١٩ - عادات النوم: ترتبط عادات النوم بالأحلام ويسأل الأخصائي (هل تنام بسهولة؟ هل تنام بوقت محدد؟ ما هي ساعات النوم اليومية وعددها؟ هل تستيقظ أثناء النوم؟ أين مكان نومك؟ هل ينام أحد بجوارك أم بمفردك؟ هل تمشي أثناء النوم؟ هل تارق أثناء الليل؟)

٢٠ - أحلام اليقظة والتخيلات: إن وجود التخيلات وأحلام اليقظة هو من الدلائل على وجود محاولات تعويضية للتغلب على الصراعات والإحباطات التي يعاني منها المريض. ويمكن للأخصائي أن يسأل المريض: ماذا تفكر به حين تكون منفرداً؟ ما هي أحلام اليقظة التي تعاودك؟

٢١ - الهلوسات: وهي سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة. وبالرغم من إنكار معظم المرضى لها فهم أثناء المقابلة سرعان ما يلتفتون وراءهم بذعر وخوف، أو يجيبون على سؤال غير ما وجه إليهم، ويمكن للأخصائي أن يسأل المريض:

هل تسمع أحياناً أصواتاً دون أن تعرف مصدرها؟ هل ترى أشياء لا يراها غيرك؟ هل أصحاب هذه الأصوات أحياء أم أموات؟؟.

٢٢ - الهذات: (البارانويا): كثيراً ما يمتلئ تفكير المريض بتصورات هذائية؛ ويتمكن الأخصائي من اكتشافها بسؤال المريض: هل تشعر أن الناس يتحدثون عنك؟ من هم أعداؤك؟ لماذا يعادوك؟ وأبرز أنواع الهذات شعور المريض بالظلم والاضطهاد له من الآخرين. وكلها تعكس تناقضاً وشدوذاً وغرابة في السلوك وعدم اتساق Inconsistency.

٢٣ - إدعاء المرض والوسوسات الصحية: يسرف بعض المرضى أثناء المقابلة بسررد الأمراض التي ولدت لديه وسوسات صحية. ويمكن للأخصائي

الكشف عن هذه الادعاءات والوساوس بسؤال المريض:

هل تعتقد أن لديك مرضاً خفياً؟ هل تعاني من أمراض معينة؟ ويجب أن يقارن الأخصائي بين إجابات المريض والتقارير الصحية الثابتة.

٣٤ - التكيف الجنسي (المثلي والغيري): يرى معظم العلماء بأن التكيف الجنسي من أهم محالات المرض النفسي والعقلي، وهو يتناول أفكار المريض واتجاهاته وخبراته الماسية وسلوكه الفعلي؛ والعادات الجنسية، والزواج والعلاقات مع الجنس الآخر ومع نفس الجنس ويمكن أن يصوغ الأخصائي أسئلة مناسبة للكشف عن هذه الجوانب في حياة المريض.

تقييم المقابلة التشخيصية:

استنح العالمان (كاتل وكان ١٩٤٣) في دراساتها بأنه لا تتوفر حتى الآن نظرية متكاملة في العلوم الاجتماعية يمكن أن يستند إليها القائم بالمقابلة في معالجة الكثير من المتغيرات المعقدة التي تميز العلاقات بين طرفي المقابلة.

وصحيح أن (سيكولوجية المقابلة) قد استفادت كثيراً من البحوث التي أجريت في ميداني (أساليب الاتصال والتأثير) و(المقابلة الإكلينيكية) إلا أن استمرار البحوث الجارية في استكمال الأساس النظري والبحوث المدانية لفهم عملية المقابلة ورفع ثباتها وصدقها سيجعلنا أكثر وثوقاً من الاعتماد عليها كأداة نافعة للبحث والتشخيص.

وطبعي أن تختلف درجة (الاستعداد والاستجابة) للمقابلة طبقاً لدرجة التوعية والحضارة والثقافة في مجتمع معين. وقد وجد العالم (سارلين

١٩٥٤) في إحدى دراساته أن الاستجابة تقوى من الميل أثناء المقابلة حين يمثل الأخصائي مؤسسة أو سلطة لها مكانتها ونفوذها. وتهبط الاستجابة من الميل أثناء المقابلة حين يفهم أن الأخصائي يجري مسحاً اجتماعياً أو يقوم ببحث استطلاعي؛ وهنا يتهرب الميل من الأسئلة. وأكدت بحوث (ماكوبي وماكوبي ١٩٥٤) أن الناس عموماً يستجيبون لأشخاص يحتلون مستويات اجتماعية أعلى من مستوياتهم.

وتفيدنا هذه البحوث وغيرها كثيراً في أن من واجب الأخصائي الماهر أثناء المقابلة أن يستثمر كافة الجوانب الإيجابية من الدوافع لاستثارة الميل والحصول على استجاباته من خلال تبصيره بأن المقابلة ستولى الاهتمام باحتياجات الميل.

والأخصائي الذي يؤكد للميل ضمانات مصلحته يرفع مستوى الاستجابة بدافع المصلحة النفعية عند الميل. وما يرفع مستوى الاستجابة تهيئة المكان؛ واختيار الوقت المناسب، وإعداد الظروف الملائمة. ويعتبر تأكيد (سرية البيانات) من أقوى عوامل التحاوب بين طريقي المقابلة.

وقد اختلف علماء التقييم في تقدير قيمة المقابلة (ثباتاً وصدقاً) من فئة لأخرى؛ فهناك من قام بتقييمها وتطرف في ذلك. وهناك من قام بنقد قيمتها على أنها غير صالحة كأداة موثوقة للتشخيص.

وقد استفاد علماء النفس الإكلينيكي من النقد الموجه ضد المقابلة ومن عيوبها التي سبقت الإشارة إليها في الصمحات الماضية؛ فوضعوا لها (ضوابط) أدت لارتفاع ثباتها وصدقها كما سنفصل ذلك بعد قليل.

ثبات المقابلة:

لقد أدركنا مما سبق أن المقابلة تلعب دوراً تنفيسياً لمشاعر المريض وإحباطاته؛ وهي أداة لجمع البيانات وتقييم الحالة وجمع المعلومات. والمقصود بثبات المقابلة هو (مدى الاتفاق) بين عدة أخصائيين نفسانيين بمقاربة أحكامهم المختلفة في مقابلة نفس الأشخاص؛ وهذا ما يطلق عليه (الثبات بين المقيدين). ومن خلال دراسة حالات عديدة استنتج العلماء ما يأتي:

أ- أوضح العالم (آش Ash ١٩٤٩) أن تشخيص الحالات بين الأطباء النفسيين، والأخصائيين الإكلينيكين أظهر اتفاقاً ضئيلاً واختلافاً يصل إلى ٥٠٪ من عدد الحالات.

ب- أكد (نيومان، بوبيت، كامرون Newman, Bobbitt, ١٩٤٦) and Cameron, 1946) بأن تشخيص الحالات بين الأخصائيين النفسيين ارتفع إلى ٨٠٪ حين يكون تدريب الأخصائيين جيداً واتفاقهم على تصنيف واحد قائماً.

ج- أوضح (فرونون: Vernon ١٩٥٣) من خلال دراسة مسحية ترتبط بالمقابلة، بأن نسبة ثبات المقابلة تتراوح بين (٥٠ - ٦٠٪).

د- استنتج (وديل، وسميث Wedell + Smith, 1951) أن القائمين بالمقابلة المدربين كانوا أقل اتفاقاً من الأقل تدريباً.

هـ- وجد (كيلي، وفيسك Kelly + Fiske) أن الأخصائيين الإكلينيكين المدربين كانوا أكثر تبايناً من غير المدربين.

و- وجد العالم (رايس Rice ١٩٢٩) أن ميول الأخصائي وانحيازه الفكري قد تؤثر على ثبات المقابلة وانحرافها. فقد ظهر أن أحد الأخصائيين المتحمسين لتحريم الخمر كر أن ٦٢٪ من الذين أجرى عليهم المقابلة كان سبب فقرهم هو إدمان الخمر، وكان ذلك متابلي أخصائي آخر ذي ميول (اشتراكية) ذكر أن ٢٢٪ ممن قابلهم سبب فقرهم هو إدمان الخمر وأن ٣٩٪ منهم كانت ظروفهم الاقتصادية هي السبب في ذلك. وسمي هذا التأثير: Contagious Bias (الانحياز المعدي)؛ وقد وجد العالمان (وايت وكامبل Wyatt + Campell ١٩٥٠) في دراستها عكس ما وصل إليه العالم (رايس).

ز- وجد (ساسلو ومترازو وجوزيه: Saslow, Mattrezzo + Guze, ١٩٥٥) ثباتاً مقبولاً بين ثلاثة أخصائيين في المقابلة التي قاموا بإجرائها على (٢٠) مريضاً كل على انفراد.

ح - استنتج (هنت وويتسون: Hunt + Wittson ١٩٥٣) أن وضوح الهدف بالمقابلة يصل بثباتها إلى ٩٣,٧٪ في حالة التشخيص الطبي النفسي القائم على المقابلة والوسائل الأخرى؛ وتبسط هذه النسبة إلى ٥٤,١٪ في حالات الذهان والعصاب، أما في حالات الفصام والقلق والهستيريا فيبسط ثبات المقابلة إلى ٣٢,٦٪.

ويمكن تحديد مصادر التحيز والخطأ في المقابلة لما يأتي:

(١) مظهر وأسلوب القائم بالمقابلة واتجاهاته وتوقعاته:

إن نتائج البحوث في هذا المضار ليست قاطعة، إلا أنه يبدو أن مظهر العميل وأسلوبه كلهجة كلامه، وطقته الاقتصادية - الاجتماعية؛ وملبسه

وجنسيته ولونه وجنسه قد تكون من عوامل التحيز في المقابلة. وقد اهتم العلماء وعلى رأسهم (هيان ١٩٥٥) وزملاؤه في ميدان قياس الرأي العام بدراسة تأثير اتجاهات القائم بالمقابلة على الاستجابات التي يحصل عليها.

٢) توجيه الأسئلة:

سبق أن أشرنا إلى احتمال التحيز في توجيه الأسئلة سواء كانت أسئلة مقيدة أو مفتوحة. ويزداد التحيز خطورة في الأسئلة المفتوحة؛ وفي المقابلات غير المقتنة على وجه الخصوص. وتشير بحوث (هيان) وزملائه (١٩٥٥) إلى احتمال وجود اختلافات بين القائمين بالمقابلة من حيث مقدار البيانات التي يحصلون عليها نتيجة الاختلاف في مقدار ونوعية الأسئلة التي يوجهونها بقصد الاستيضاح أو التعمق؛ وذلك من مرضى أو عملاء يكونون عينات يفترض (نوهاً) أنها متكافئة.

٣) الاختلاف في التسجيل:

أشرنا في الصفحات الماضية إلى طرق متعددة ومشكلات في تسجيل محتويات المقابلة وتشير البحوث في هذا الميدان إلى أن الاختلاف بين القائمين بالمقابلة في (طريقة تسجيل مادتها) يشكل عاملاً خطيراً من عوامل التحيز أو الخطأ فيها.

٤) اختيار وتدريب القائم بالمقابلة:

يعتبر هذا العامل عاملاً مؤثراً على ثبات المقابلة أو تحيزها وخطئها.

والدراسات في هذا المجال قليلة. وقد أوضح (شيتسلي ١٩٥١) أنه من الصعب التنبؤ عن كفاءة القائم بالمقابلة من البيانات المميزة له مثل السن، والجنس، والمستوى التعليمي والاجتماعي - الاقتصادي والاتجاهات.. ومعظم ما يتوفر لدينا اليوم من معلومات عن خصائص القائم بالمقابلة الناجح هو نتيجة الخبرة وليس نتيجة البحث. وعند تدريب القائم بالمقابلة يجب التركيز على ثلاثة جوانب:-

أ- توضيح أهداف المقابلة وخصائصها الجيدة كالدور والعروض والأدوات والخطة والمينة والتحليل وتفسير النتائج.

ب- استشارة الدافع عند الأخصائي لرفع مستوى أدائه.

ج- التدريب - بالممارسة - على مهارات وأسس المقابلة واستخدام (تمثيل الأدوار): Role Playing والمناقشة كمهارات إجرائية في التدريب.

صدق المقابلة:

تبرهن المقابلة على صدقها حين تكون بإشراف أخصائيين ماهرين وقد وجد (باربر ورجبي ونابولي ١٩٥٢ Barber, Rigby + Napoli) أن المقابلة أداة صادقة عند استخدامهم مستويات الصحة النفسية كمؤشر للتنبؤ في دراسة الأطفال المضطربين اضطراباً شديداً. وقد دلل (سندن Sendden) على مدى صدق المقابلة في استخدامها للتحديد السريع لذكاء حالات ووجد أن معاملات الارتباط بين تقديرات الذكاء أثناء المقابلة ودرجات الذكاء في الاختبارات التحريرية ٠.٨٢. ووجد (د. عطية هنا ١٩٥٠) أن معامل الارتباط بين تقديرات الذكاء أثناء المقابلة وبين اختبارات الذكاء كان

٠,٧١٪ مع الاختبار النفسي للمجلس الأمريكي للتربية: American
Council on Education Psychological Examination .

وكان هذا الارتباط ٠,٦٦ مع الاختبار النفسي للذكاء لجامعة ولاية
أوهايو والارتباط بين الاختبارين هو ٠,٧٧ وبذلك تكون تقديرات الذكاء
عن (طريق المقابلة) ليست أقل من أي واحد منها .

والسؤال المطروح دوماً في البحوث النفسية والاجتماعية هو: إلى أي حد
يمكن الاعتماد على (المقابلة وصدقها) في التنبؤ عن السلوك الفعلي للعميل أو
للأفراد في موقف معين؟

لقد حاول (ماكوي وماكوي) ١٩٥٤ أن يضعوا (ضوابط) ترفع من (صدق
المقابلة) ويمكننا إيجازها بالنقاط الأربع التالية:

ضوابط لرفع صدق المقابلة: (ماكوي وماكوي)

(١) المقارنة بين أقوال العميل في المقابلة وبين الأدلة الموضوعية
الأخرى المتصلة بموضوع المقابلة.

Comparison the Client and the Objective Data.

(٢) التنبؤ عن السلوك في المستقبل على أساس توقعات العميل .

Future Predictions on the Line of the Client Expectations.

(٣) التناسق الداخلي في خطوات وعمليات المقابلة:

**Internal Consistency of the Steps and Processes of the
Interview.**

(٤) الارتباط بين بيانات المقابلة وبيانات أخرى يمكن التنبؤ عن ارتباطها بها.

Additional and Various Data Correlations.

ومها تكن عيوب المقابلة ومزاياها، فإن مدى صدقها وثباتها - في تقديرنا - يتباين ويختلف تبعاً للهدف من المقابلة، ونوعية هذا الهدف وعموميته أو خصوصيته، ومجال التقديرات والقائمين بها؛ ومستوى التنبؤ المطلوب والأشخاص الذين تجري عليهم المقابلة.

وفي الختام، يمكننا القول بأنه في حالة وجود اختبار يؤدي وظيفة المقابلة في موضع معين فإن من الأفضل استخدام الاختبار بعد التأكد من درجة صدقه وثباته، والاحتفاظ بالمقابلة في النواحي التي تعجز الاختبارات عن القيام بها.

وفي - الوقت الحاضر - يبدو أن المقابلة ما تزال في يد (الأخصائي الإكلينيكي) أداة جيدة ليس من السهل تفضيل غيرها عليها أو الاستغناء عنها.

ولقد أصبح ثابتاً أن (القيمة التنبؤية للمقابلة) تكون عالية وكبيرة كلما كان الهدف محدداً والتنبؤ لفترة زمنية قصيرة وقريبة، وأنها تنخفض وتتضاءل كلما كان الهدف غير محدد والتنبؤ لفترة زمنية بعيداً.

ومع هذا فإن كل ما لدينا من حقائق ينبغي أن لا يعطينا الحق كأخصائيين في أن نتنبأ بثقة عالية لأنه ليس لدينا أساس قوي نعتمد عليه ولا بد أن نعتمد إلى جانب المقابلة على أدوات عديدة أخرى للتشخيص.

حواشي الفصل الثاني عشر

(1) Alan O. Ross: The Exceptional Child in the Family, Grune + Stratton, Inc, New York, 1964, p. 76

(2) Bingham, W.V.D., Moore, B V + Gustad, J W How to Interview, New York, 1959 Harper + Row, U.S.A.

(3) Schafer, G.W + Lazarus: Fundamental Concepts in Clinical Psych, New York, McGraw Hill, 1952.

(4) Landis, C: Sex in Development, New York, Harper, 1940.

(5) Kinsey, A.C. Sexual Behavior in Human Male + Female, Philadelphia, Saunders, 1953.

(6) Sheimo, S L.: Problems in Helping Parents of Mentally Defective and Handicapped Children, American Journal of Ment Def, 1951, 56, p 54

(7) Hamilton Gordon, Theory and Practice of Social Case Work. New York. Columbia Univer. Press 1951

(8) Schmidt, H O + Fonda, C P: Reliability of Psychiatric Diagnosis, Abnorm, Soc Psychol 1956, Vol 52, pp. 262-267.

(9) Beck, Helen, L. Counselling Parents of Retarded Children 1959.

(10) Kanner, L Parents' Feelings about Retarded Children, Amer Jour Ment Def, 1953, 57, 375-383

(11) Auerbach, Aline B What can Parents Gain from Group Experience? in Child Study Assoc, of Amer, Helping Parents of Handicapped Children-Group Approaches, New York, 1959, p. 17

(12) Ross, A O The Practice of Clinical Child Psychology New York. Grune + Straton, 1959, p 55

(13) Garrat Annette Interviewing, its Principles and Methods, New York, 1942

(14) Thorne, F C + Andrews, J S: Unworthy Parental Attitudes Toward Mental Defectives, American J. Ment Def 1946, 50, 411-418.

(15) Wall, B.D: Rapport: An Outmoded Concept, Ment Hyg., 1958, 43, 340-342.

(16) Polansky, N. + Kounin, J Client's Reactions to Initial Interviews: A Field Study; Human Relations, 1956, Vol. 9. pp 237-265

(17) Rogers, C.R: Counselling + Psychotherapy, Boston, Houghton, 1942.

(18) Bateson, G: Toward a Theory of Schizophrenia, Behav, Sci, 1956, Vol 1 pp. 251-264

(19) Martin, R M. Self-Evaluation in Schizophrenics and Neurotics, Purdue University, 1951, Unpublished M S. Thesis.

(٢٠) راجع: د. عطية محمود هاشم: علم النفس الإكلينيكي: دار النهضة العربية: ١٩٧٦ - القاهرة ص ١٦٦ .

الفصل الثالث عشر

الاختبارات الإكلينيكية وقياس الذكاء

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد في نشأة وأهمية الاختبارات .
- البداية الرائدة عند (بييه - سيمون) .
- الرورشاخ ومايونا .
- اختبار الميول المهنية وتعمم الموضوع . T.A.T.
- اختبار غولدشتاين - شيرر واختبارات الذكاء .
- قياس الذكاء وتقييمه (بييه - سيمون) .
- تعريفات الذكاء .
- ١) اتجاه التوافق مع البيئة: شترن، نتر، كروز، مَسْ.
- ٢) اتجاه القدرة والاستعداد للتعلم: كولف، وودرو، جودارد .
- ٣) اتجاه القدرة على التفكير: نيرمان، سيرمان، ميومان، بينيه .
- ٤) اتجاه الوظائف السلوكية: ويكسلر، ستودارد .

- ٥) الاتجاه الإحرائي - القياسي: بورنغ، مانفورد .
- نظريات الذكاء وثبات نسبه والاتجاهات الوراثي والبيئي .
- اختبار ستانفورد - بينيه: وغاذج عن مقاييسه .
- نقد وتقييم اختبار بينيه: (فريمان) ١٩٦٢ .
- مقاييس ويكسلر - بلقيو لقياس الذكاء للأطفال والراشدين .
- جداول الارتباطات والأغاط العاملة .
- جداول التحليل للوظائف العقلية (هادلي) .
- المفرد والدلالات الإكلينيكية لقياس ويكسلر - بلقيو لذكاء الراشدين والمراهقين .
- الفئات الإكلينيكية وجداولها .
- ملاحظات (فريمان) النقدية لقياس ويكسلر - بلقيو .
- أهداف تطبيق اختبارات الذكاء (جارميدل) .

الفصل الثالث عشر

الاختبارات الإكلينيكية وقياس الذكاء

Clinical Tests

تمهيد في نشأة وأهمية الاختبارات:

إن الاختبار النفسي ما هو إلا أداة: Tool للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقسّ؛ وبهذا الشكل يمكننا تقييم الملاحظات المصوّطة للسلوك تقيماً موحداً، لذا كان للاختبار النفسي مزايا لا توحّد أصلاً في المقابلة أو في إجراءات دراسة الحالة.

ومن العلماء من يرى في الاختبار (أداة تقييم وتشخيص) لا تحلّو من قصور وعيوب. ومهما يكن من أمر فإن بعض المراجع تؤكد بأن إدارة الاختبارات النفسية الأمريكية قد باعت للمدارس (١٢٢) مليوناً من الاختبارات وأوراق الإحالة؛ ورغم هذا الاهتمام في أهمية الاختبارات؛ فثمة حركة معارضة جديدة تخدر من كثرة الاعتماد على الاختبارات التي أصححت الخطوة الأولى للحصول على أي عمل، ولدخول أي مدرسة أو جامعة، وللبدء في أي دورة تدريسية أو تربوية. ورغم الاعتراض القائم على تطرف بعض علماء القياس في أولوية الاختبارات فإن هناك شبه اتفاق بين الأخصائيين الإكلينكيين والأطباء النفسيين وعلماء القياس والمربين

على أن الاختبارات دون شك هي وسائل ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والتوجيه والإرشاد النفسي والعلاج؛ وهي كأى وسيلة يمكن الاستفادة منها إذا أحسن استخدامها ووضعت حولها الضوابط وأمكن معرفة معايير ثباتها وصدقها ودلالاتها الإكلينيكية وحدودها التي لا تستطيع تجاوزها بحكم طبيعتها أو طبيعة القدرات التي تقيسها.

البداية الزائدة عند (بينيه - سيمون):

سارت الاختبارات في تسلسل تاريخي متعاقب كان فيها محاولات جادة، منها ما يرتبط بصميم التشخيص الإكلينيكي وعملياته. وقد بدأ العالمان (بينيه وسيمون Binet + Simon، بأول محاولة رائدة في وضع اختبار لطلبة المدارس الابتدائية في باريس نتيجة لوجود أطفال متخلفين عقلياً بينهم.

وقد ابتكر (بينيه) فكرة (العمر العقلي Mental Age) إدراكاً منه أن المشكلة يجب أن تواجه بطريقة تختلف عن مفهوم الإثارة والاستجابة السلوكيين؛ فهو يرى أنه لا بد من قياس أوجه النشاط المعقد مثل اتباع مجموعة من التوجيهات، وحل المشكلات، واستخدام الكلمات بطريقة سليمة مما ترك آثاراً دامغة في ميدان علم النفس الإكلينيكي والقياس النفسي. ثم جاء (شترن Stern) وابتدع فكرة نسبة الذكاء وقام بتطويرها العالمان ويكسلر وبلفيو.

الرورشاخ واختبار مانيوتا:

وجاء اختصار الرورشاخ: Rorschach كنتيجة لاستبصار الطبيب النفسي السويسري (هنري رورشاخ) بما أورده المرضى النفسيون عما توحى

لهم يقع الخبر العثر. وحين يواجه الفرد موقفاً غامضاً غير واضح المعالم (كقطع الخبر غير المتشكلة) Unstructured فإن المريض سيستجيب وفقاً لحاجاته الداخلية، واتجاهاته، وأسلوبه وإدراكه للعالم؛ بعد إثارة كاملة للكرة التخيل عنده: Imagination .

أما اختبار مانيوتا: MMPI الذي ظهر في منتصف العقد الرابع للقرن العشرين على يد (هاتاوي، وماكينلي Hathaaway, McKinley) فقد تضمن مقاييس عديدة كقياس توهم المرض، والانقراض، والهتريا والاعراف السيكوناتي، والدكورة والأنوثة، والبارانونيا، والسيكاثيسيا والفصام، والهوس الخفيف، والانطواء الاجتماعي. وقد وضع تصحيح هذا الاختبار على أساس يختلف عن اختبارات الشخصية السابقة عليه. فاستخدمت فيه الطريقة الامبريقية: Empirical عن طريق اختيار السود أو الأسئلة التي (تميز Discriminate) بين مجموعة الأسوياء؛ ومجموعة غير الأسوياء؛ وبذلك تصحح الأسئلة التي تفرق بين الفئات الإكلينيكية هي التي توضع في هذا الاختبار. وعلى هذا الأساس وضعت عدة معانيح لتمييز المفحوصين في هذا الاختبار؛ الذي يحتوي على (٥٥٠) عبارة.

اختبار الميول المهنية وتفهم الموضوع: T.A.T.

وقد وضع العالم (سترونج Strong) اختباراً للميول المهنية للذكور والإناث على أساس تشابه ميول الفرد مع ميول الجماعات المهنية المختلفة.

أما اختبار (تفهم الموضوع T.A.T.) فهو مجموعة صور على شكل لوحات عددها (٣١) لوحة تحتوي كل واحدة منها على (موضوع) وتعرض على

المريض ليؤت حولها قصة تعكس احتياجاته والضغط المحيط به من العالم الخارجي .

اختبارات غولدشتاين - شيرر، واختبارات الذكاء : اهتم العالمان غولدشتاين وشيرر في اختبارات للتفكير المحدد، والمحسوس على أساس الملاحظة الدقيقة لسلوك المرضى المصابين بإصابات في الدماغ Brain-Injured ، كما ظهرت اختبارات (بينيه - سيمون) وويكسلر لقياس الذكاء^(١).

وسنحصل الحديث عن الاختبارات عند التطرق (لكل مجال) من مجالات القياس الخاص بها: (انظر جدول رقم - ٥ -).

ولكي نضع القارئ العربي أمام ملخص لأهم الاختبارات الإكلينيكية فإننا نقدم له دراسة العالم (ساندرغ Sundberg) المقارنة ١٩٦١، والتي تضمنت (١٨٥) مستشفى ومركزاً للخدمة والعلاج النفسي^(٢).

وهذه أكثر الاختبارات شيوعاً واستعمالاً وأهمية:

جدول رقم (٥)

الاختبار واصطلاحه	التطبيق
١) اختبار مايبوتا المتعدد الوجوه (اختبار شخصية) Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	ح جماعي
٢) اختبار بقع الحبر لرورشاخ: R I T Rorchach Inkblot Test	ف، ح فردي وجماعي
٣) مقياس ستانفورد - بينيه Stanford-Binet Intelligence Scale	ف: فردي
٤) مقياس ويكلر - ملفيو - Wechsler Adult Intelligence Scale: (WAIS) (WCIS)	ف، فردي (للكار والأطفال)
٥) اختبار تفهم الموضوع: Thematic Apperception Test. (T A T)	ف فردي
٦) اختبار بدرعشالت البصري الحركي (B V M G T) Bender Visual-Motor Gestalt Test	ف فردي

الاحصار واصطلاحه	الطبيب
٧) اختبار رسم الرجل (للأطفال): (المود إم): Goodenough Draw-A Man Test	ف: مردی
٨) اختبار رسم الشخص: Draw a Person Test	ف: مردی
٩) اختبار غولدشتاين - شيرر للتفكير المجرد والمحسوس Goldstein Scheerer Tests of Abstract + Concrete	ف: مردی
١٠) اختبار كودر للتفصيل المهي: Kuder Preference Record	ف: مردی
١١) اختبار المنزل والشجرة والشخص: House, Tree + Person Test	ف: مردی

قياس الذكاء وتقييمه: بينيه - سيمون

تمهيد: يعتبر (الذكاء) من أوائل أبعاد الشخصية التي استطاع علماء النفس قياسها على قدر كبير من الدقة. وقد امتد قياس الذكاء من تحديد المستوى العقلي للفرد إلى تحديد بعض الخصائص النفسية التي تميز الفئات الإكلينيكية المختلفة.

تعريفات الذكاء: يعاني ميدان القياس وما يزال مشكلة من أكبر المشكلات المنهجية الخطيرة وهي: (مشكلة - تعريف المصطلح؛ ماذا نعني

بكلمة ذكاء ؟ وما هو الذي نجحنا فعلاً في قياسه؟^(٢).

وقد أقامت مجلة (علم النفس التربوي الأمريكية) استفتاء منذ أكثر من (٥٠) عاماً بين قادة حركة القياس العقلي في ذلك الوقت؛ طلب فيه تحديد معنى الذكاء ، وكانت النتيجة أن تلقت المجلة عدداً من الإجابات (يقدر عدد العلماء) الذين اشتركوا في الاستفتاء .

ولما كان اختصار هذه الإجابات وتبويبها عملية شاقة فإن بإمكاننا فقط تقديم عرض سريع ومحدد لخمس اتجاهات توجز تلك الإجابات:

(١) اتجاه التوافق مع البيئة:

أ - شترن: Stern : الذكاء هو القدرة على التكيف العقلي مع مشكلات الحياة وظروفها الجديدة .

ب - بنتنر: Platner : الذكاء هو القدرة على التكيف بنجاح مع ما يستجد في الحياة من علاقات .

ج - كروز: Cruze : الذكاء هو القدرة على التوافق الملائم مع المواقف الجديدة المختلفة مع وجود الفوارق بين فرد وفرد في قدرته .

د - من: Munn : الذكاء هو المرونة على التوافق في شتى مستويات التطور .

(٢) اتجاه القدرة والاستعداد للتعلم:

أ - كولفن: Colvin : الذكاء هو القدرة على تعلم التكيف مع البيئة .

- ب- وودرو Woodrow : الذكاء هو القدرة على اكتساب الخبرات .
- ج- جودارد Goddard : الذكاء هو القدرة على الاستفادة من الخبرات السابقة في حل المشكلات الجديدة .

٣) اتجاه القدرة على التفكير:

- أ- تيرمان Terman : الذكاء هو القدرة على التفكير المجرد .
- ب- سبيرمان Spearman : الذكاء هو القدرة على تجريد العلاقات والمتعلقات أي القدرة على الاستقراء والاستنباط .
- ج- ميومان Meuman : الذكاء هو الاستعداد للتفكير الاستقلالي الابتكاري الإنتاجي .
- د - بينيه A. Binet : الذكاء هو القدرة على الفهم والابتكار والتوجه الهادف للسلوك والتفقد الذاتي .

٤) اتجاه الوظائف السلوكية:

- أ- ويكلر D. Wechsler : هو القدرة الكلية لدى الفرد على التصرف الهادف، والتفكير المنطقي، والتعامل المجدي مع البيئة .
- ب- ستودارد Stodard : الذكاء هو نشاط عقلي يتميز بالصعوبة، والتعقيد، والتعريد، والاقتصاد في الوقت والجهد والتكيف الهادف والقيمة الاجتماعية، والابتكار وتركيز الطاقة ومقاومة الاندفاع العاطفي .

هـ) الاتجاه الإجرائي - القياسي: الذكاء هو ما نقيسه الاختبارات.

أ- بورنج: **Boring**: إن الذكاء هو إمكانية الأداء الجيد في اختبار الذكاء .

ب- سانفورد: **Sanford** ، رايتسمان **Wrightsman**: الذكاء هو خاصية مستنبطة لسلوك الفرد وثابتة نسبياً، وهي خاصية مرتبطة بقدرة الفرد على الاستجابة بجراح كبير في المشكلات الإدراكية والمعرفية واللفظية.

ويمكن - في تقديرنا - الوصول لتعريف شامل وجامع يتضمن كافة هذه الاتجاهات بالقول إن الذكاء :

« هو الاستجابة السريعة والسديدة لمواقف طارئة مفاجئة، ويتضمن أيضاً قدرة الفرد على التكيف والمرونة والاستقراء والاستنباط وإدراك العلاقات؛ ويعكس قدراته العقلية واستعداداته للتعلم السريع والاستفادة من خبراته السابقة في مواجهة المواقف والمشكلات الواقعة؛ كما يمكن قياسه عن طريق الاختبارات بصفة كمية؛ ولكن جانبه الكيفي يعتمد على فهم وتعليل يتجاوز المقاييس السيكمومترية إلى تقييم شخصي وشامل ومتعدد الزوايا»^(١).

نظريات الذكاء وثبات نسبته:

ظهرت في هذا القرن نظريات متعددة حول موضوع الذكاء وكان منها نظرية العوامل المتعددة، ونظرية العاملين، ونظرية العوامل الطائفية وغيرها. وكان لكل نظرية أنصارها ومحاولات لإثبات صحتها ويستطيع

القارىء الرجوع إلى مصادر عديدة لمعرفة تفاصيل هذه النظريات ومراحل تطورها^(٥).

والمهم أن نذكر أن (اختبارات الذكاء) وضعت على أساس هذه النظريات. وقد ميّز العالم (ثورندايك) بين ثلاثة أنواع من الذكاء:

أ- الذكاء الجرد وترتبط به القدرة على فهم الرموز اللفظية والرياضية والتعامل معها.

ب- الذكاء المحسوس كالقدرة على فهم الأشياء والتعامل معها كمهارات الحرف والتطبيقات العملية.

ج- الذكاء الاجتماعي كالقدرة على فهم الأشخاص والتعامل معهم.

وهكذا فقد تعددت الأهداف والقضايا التي تستخدم في اختبارات الذكاء، و- في اعتقادنا - يجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يذكر الاختبار الذي بنى عليه تقييمه للذكاء. وأن يدرك الأساس الذي وضع عليه الاختبار والعينة التي طبق عليها واستخرجت معاييرها، وأن يدرك التكوين العامي للاختبارات والخصائص الإكلينيكية لها، ولها. ومن الضروري أن يحذر الأخصائي من الاطمئنان لاستخدام اختبار واحد في تحديد الذكاء إذ لا يوجد بين أيدينا حتى الآن - اختصار كامل - يؤدي غرض التنسؤ المستقبلي والتقييم.

أما الموضوع (ثبات نسبة الذكاء) فقد شغل أذهان الباحثين والعلماء منذ عشرات السنين وانقسم العلماء بصده في اتجاهين:

(١) الاتجاه الوراثي: اعتبر (غالتون وأتباعه) أن نسبة الذكاء ثابتة

طيلة حياة الإنسان. ومنطلق هذا الاتجاه هو أن الذكاء قدرة وراثية فطرية: Hereditary. وقد وجه نقد شديد لهذا الاتجاه الذي أثبت حجته على دراسات على بعض الأسر والتوائم وبقيت مشكلة الذكاء الوراثي بدون حل^(٦).

٢) الاتجاه البيئي: Environmental ويؤكد علماء هذا الاتجاه دور البيئة في نمو الذكاء. وقد وجدت العالمة (ماندل شرمان Mandel Sherman) بأن الأطفال الذين يعيشون في البيئات المنعزلة عن المدنية والحضارة كانوا أقل من غيرهم في الذكاء، ووجدت أن متوسطات ذكائهم متقاربة وترتفع هذه المتوسطات كلما كانت مجتمعاتهم أقرب إلى الحضارة. وقد كشفت دراسات (جوردون) على الأطفال في انكلترا نتائج مماثلة تبرهن تأثير البيئة.

وفي - اعتقاداً - يجب إعادة صياغة السؤال الذي يطرح المشكلة؛ فلا يجوز الآن أن نقول: الوراثة أم البيئة؟ ولكن أيها يلعب دوراً أكبر من غيره دون انفصال بينهما. إن المسألة ليست مسألة وراثة أو مسألة بيئة؛ ولكنها مسألة التفاعل بينهما والتلاحم الذي لا يجوز فصله أو عزله؛ فالبيئة تؤثر في الجين حتى قبل خروجه من بطن أمه وفي عمليات تكوينه.

اختبار ستانفورد - بينيه

انتقد العالم (الفريد بينيه A. Binet) غالتون، وكاتل لاعتمادهم فقط على قياس (العمليات الحسية البسيطة)؛ وكانت القاعدة التي بنى عليها اختبارها هي فكرة (العمر The Age) فالذكاء في نظره يميل للزيادة سنة

بعد ستة مع تقدم العمر. فالطفل في الخامسة أذكى من الطفل في الرابعة. وأطفال الثانية عشرة أكثر ذكاءً من أطفال الحادية عشرة... وهكذا. وحدد اختباراً للأطفال (٢ - ١٦) سنة. Stanford-Binet Intelligence Scale. وقام بمراجعته وتعديله (لويس ترمان L. Treman) وتلاميذه في جامعة ستانفورد بكاليفورنيا عام ١٩٣٧؛ ونقل إلى العربية على يد العالمين لويس ملكية ومحمد عبد السلام أحمد وظهرت مراجعة حديثة له عام ١٩٦٠. ويتضمن اختباره قياس عدة مجالات كالفهم العام، والحكم، والانتباه، والذاكرة، والتمييز، وغيرها. وهناك (٣٠) بنداً فرعياً تتدرج من حيث الصعوبة، وقد قام بتطبيقها على أطفال عاديين وغير عاديين؛ وتوصل لوضع معايير Norms لمستويات العمر المختلفة.

افترض (بينيه) أن الأطفال - يختلفون - فيما بينهم - فمثلاً يوجد بين الأطفال في (سن السادسة) من هم أقل ذكاءً من أطفال السادسة ومن هم أعلى منهم ذكاءً، ولكن سيكون غالبيتهم في (عمر عقلي ٦) أي أننا نتوقع أن (الفقرة) تكون مناسبة لعمر عقلي ٦ إذا تخطاها ٧٥% من الأطفال في سن السادسة بنجاح (كل الأطفال المتوسطين مضافاً إليهم فوق المتوسطين). وإذا تخطاها أقل من ٥٠% فهذا يدل أن الفقرة صعبة بالنسبة لهذا المستوى وتنقل إلى مستوى أعلى، وإذا تخطاها أكثر من ٨٠% فمعنى ذلك أن هذه الفقرة سهلة وتنقل إلى مستوى أدنى. وبناء عليه، إذا قلنا إن فقرة ما تشير إلى عمر عقلي ٨ فمعنى ذلك أننا نقول إن العمر العقلي لأحد ٨، فحسب معني بذلك أنه يستطيع أن يجتاز بنجاح تلك الفقرات الخاصة بأطفال الثامنة.

ويعتبر مقياس ستانفورد - بينيه اختصاراً فردياً، ويعتمد على استعمال

(اللغة): Individual + Language Test ويعد مقياساً مناسباً (لذكاء الأطفال) ولكنه لا يصلح للراشدين. ولا يصلح للصم والبكم من الأطفال ويستعاض عنه بالاختبارات العملية التي تعتمد على حركة اليد. وتقسم فقرات هذا المقياس إلى (٢٠) مستوى؛ يحتوي كل مستوى على ٦ فقرات.

يبدأ أول مستوى من سن سنتين ثم سنتين ونصف ثم ثلاث سنوات وهكذا حتى خمس سنوات ثم ست سنوات ثم سبع سنوات، وهكذا يستمر كل مستوى لمدة عام. وهذا يعني أن كل فقرة في مستويات السوات الأولى تزن شهراً (لأن الفرق بين كل مستوى والذي يليه ستة أشهر).

وأما بعد ذلك فكل فقرة تزن شهرين (لأن الفرق بين كل مستوى والذي يليه اثنا عشر شهراً): (أنظر جدول رقم ٦).

وأما مستوى الراشد المتوسط فيحتوي على ثماني فقرات كل فقرة تزن شهرين (فيكون المجموع ١٦ شهراً. ثم مستوى الراشد المتفوق:

١ (٦ فقرات تزن ٢٤ شهراً)، ثم مستوى الراشد المتفوق:

٢ (٦ فقرات تزن ٣٠ شهراً). ثم مستوى الراشد المتفوق:

٣ (٦ فقرات تزن ٣٦ شهراً). وفيما يلي جدول هذه الفقرات:

فقرات ستانفورد - بينيه وبياتها بالشهور
جدول رقم (٦)

مستوى العمر	عدد الفقرات	مدى العمر لكل مستوى	وزن كل فقرة بالشهور
٢	٦	٦	١
٢ - ٦	٦	٦	١
٣	٦	٦	١
٣ - ٦	٦	٦	١
٤	٦	٦	١
٤ - ٦	٦	٦	١
٥	٦	١٢	٢
٦	٦	١٢	٢
٧	٦	١٢	٣
٨	٦	١٢	٣
٩	٦	١٢	٣
١٠	٦	١١	٣
١١	٦	١٢	٣
١٢	٦	١٢	٣
١٣	٦	١٢	٣
١٤	٦	١٣	٣
الراشد المتوسط	٨	١٦	٣
الراشد المتفوق ١	٦	٢٤	٤
الراشد المتفوق ٢	٦	٣٠	٥
الراشد المتفوق ٣	٦	٣٦	٦

وتتضمن فقرات هذا المقياس أعمالاً متنوعة كالفهم اللغوي، والقدرة العددية، وإدراك أوجه الشبه والاختلاف والتمييز بين الجمال والقبح، وتذكر الأعداد وبناء الكميات.. إلخ. ولم تنظم هذه الفقرات حسب أنواعها وإنما توزعت على كل مستويات الأعمار.

أمثلة:

اختبار سن الثالثة:

- ١ - يسأل الطفل أن يشير إلى الأنف، والعينين، والفم.
- ٢ - يسأل الطفل أن يكرر جملة مكونة من ستة مقاطع.
- ٣ - يسأل الطفل أن يكرر رقمين.
- ٤ - يعد الطفل أشياء في صورة.
- ٥ - يسمي الطفل أفراد الأسرة.

اختبار سن السادسة:

- ١ - يعرف الطفل اليمين واليسار ويشير إلى أذنيه اليمنى واليسرى.
- ٢ - يكرر الطفل جملة مكونة من ١٦ مقطعاً.
- ٣ - يحدد الطفل أجمل ما في ثلاثة أزواج من الوجوه (مقارنة جمالية).
- ٤ - يعرف الطفل أشياء مألوفة في الاستخدام العادي.
- ٥ - ينفذ الطفل ثلاثة أوامر.
- ٦ - يعرف الطفل عمره.
- ٧ - يعرف الطفل الصباح وبعد الظهر.

اختبار سن الحادية عشرة:

- ١ - يشير الطفل إلى كلمات غير معقولة في جمل.
- ٢ - يركب الطفل جملة من ثلاث كلمات معطاة له.
- ٣ - يذكر الطفل أي (٦٠) كلمة في ثلاث دقائق.
- ٤ - يعرف الطفل كلمات مجردة مثل (العدالة، السعادة، الرحمة).
- ٥ - يرتب الطفل كلمات مختلفة لينتج جملة ذات معنى.

ويلاحظ من خلال هذه النماذج كيف يتدرج الاختبار من السهل إلى الأصعب، ومن المحسوس إلى المجرد.

وعند تطبيق هذا الاختبار على أي فرد، يجب علينا أن نحدد أولاً المستوى الذي نبدأ به، فعلينا أن نعرف (عمره الزمني، ومستواه الدراسي)، وذلك لكي نبدأ بمستوى العمر الذي نعرف أنه سيجتاز كل فقراته. والخبرة تعلمنا بأننا حين نطبق المقياس على طفل في الثامنة، فمن المستحسن أن نبدأ معه بمستوى عمر ٧؛ فإذا اجتاز كل فقراته تدرجنا معه إلى المستويات الأعلى، أما إذا اجتاز خمس فقرات مثلاً، علينا أن نعود إلى مستوى عمر ٦ وهكذا حتى نصل إلى المستوى الذي يستطيع فيه أن يجتاز كل الفقرات. ونعتبر هذا المستوى هو (العمر القاعدي) بالنسبة لهذا الشخص. ثم ننتقل إلى المستويات الأعلى حتى نصل إلى المستوى الذي يفضل فيه المفحوص في أن يختار أي فقرة من فقراته. عندئذ نوقف الاختبار وبدأ في حساب عمره العقلي، وذلك بإضافة عدد الشهور التي حصل عليها بعد ذلك إلى عمره القاعدي فنحصل على العمر العقلي ونطبق القانون:

$$د = \frac{عع}{عر} \times ١٠٠$$

$$\text{الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times ١٠٠$$

مثال (١):

طفل عمره (٦ سنوات و ٨ شهور) اجتاز الفقرات التالية من بينيه
وحصل على درجاته كما يلي:

العمر		درجة العمر العقلي
٥	اجتاز كل الفقرات	شهر — ٥ سنة
٦	اجتاز ٤ فقرات (كل فقرة تزن شهرين)	٨
٧	اجتاز فقرة واحدة (تزن شهرين)	٢
٨	فشل في كل الفقرات:	—
		١٠ ٥

معنى ذلك أن عمره العقلي ٧٠ شهراً وعمره الزمني ٨٠ شهراً فتكون نسبة الذكاء $\frac{70}{80} \times 100 = 87.5$ ويظهر أنه متخلف عند مقارنته بمجموعة في مثل سنه.

مثال (٢):

طفل عمره (٤) سنوات وشهران اجتاز الفقرات التالية:

العمر	درجات العمر العقلي
٣	اجتاز كل الفقرات
٣ - ٦	اجتاز خمس فقرات (كل فقرة وزن شهراً) ٥
٤	اجتاز ثلاث فقرات (كل فقرة وزن شهراً) ٣
٤ - ٦	اجتاز فقرتين (كل فقرة وزن شهراً) ٢
٥	اجتاز فقرتين (كل فقرة وزن شهراً) ٢
٦	اجتاز فقرة واحدة (وزن شهرين) ٢
٧	فشل في كل الاختبارات
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> ٣ ١٤ </div>

وهذا يعني أن هذا الطفل عمره العقلي ٥٠ شهراً وعمره الزمني أيضاً ٥٠ شهراً فتكون نسبة الذكاء $\frac{50}{50} \times 100 = 100$ أي أنه متوسط الذكاء.

فنسبة الذكاء (١٠٠) تمثل متوسط الذكاء العادي، وكلما زادت النسبة عن (١٠٠) دل ذلك على ارتفاع الذكاء، وكلما انخفضت عن (١٠٠) دل ذلك على الضعف العقلي.

تعديل وتصنيف تيرمان: ١٩١٦ : Terman

جدول رقم (٧)

نسبة الذكاء	التصنيف
١٤٠ فما فوق - ..	شبه عبقرى أو نابغ
من ١٢٠ - ١٤٠	ذكاء مرتفع جداً
من ١١٠ - ١١٩	ذكاء مرتفع
من ٩٠ - ١٠٩	عادي أو متوسط الذكاء
من ٨٠ - ٨٩	غبي (Dull)
من ٧٠ - ٧٩	على حدود الضعف العقلي
أقل من ٧٠	ضعف عقلي محدد

تصنيف بينيه (مجموعة التقنين) ١٩٣٧ صورتاً (ل، م)
جدول رقم (٨)

نسبة الذكاء	العدد	النسبة المئوية	التصنيف
١٦٠ - ١٦٩	١	٠,٠٣	عبقري أو شبه عبقري
١٥٠ - ١٥٩	٦	٠,٠٢	
١٤٠ - ١٤٩	٣٢	١,١	ذكاء مرتفع جداً
١٣٠ - ١٣٩	٨٩	٣,١	
١٢٠ - ١٢٩	٢٣٩	٨,٢	ذكاء مرتفع
١١٠ - ١١٩	٥٢٤	١٨,١	
١٠٠ - ١٠٩	٦٨٥	٢٣,٥	ذكاء عادي أو متوسط
٩٠ - ٩٩	٦٦٧	٢٣, -	
٨٠ - ٨٩	٤٢٢	١٤,٥	ذكاء دون الوسط
٧٠ - ٧٩	١٠٦٤	٥,٦	على حدود الضعف العقلي
٦٠ - ٦٩	٥٧	٢ -	ضعف عقلي مؤكد
٥٠ - ٥٩	١٢	٠,٤	
٤٠ - ٤٩	٦	٠,٢	
٣٠ - ٣٩	١	٠,٣	

نقد وتقييم اختبار بينيه:

حين ننظر إلى اختبار (ستانفورد - بينيه) بمنظار تقييمي نقدي فإننا نستطيع أن نوجه إليه نقاط النقد التالية:

(١) صحيح أن هذا الاختبار يعطينا تحديداً للعمر العقلي ونسبة الذكاء وهو من الاختبارات الشائعة لكنه لا يعطينا إلا (تقديراً عاماً) للذكاء العام أو لما نسبته بالعامل العام (ع). وبه لا نستطيع الكشف عن الوظائف العقلية المختلفة عند الفرد كالقدرة اللفوية والذاكرة والقدرة الرياضية بما نحتاجه في الميدان الإكلينيكي. وإذا حسبنا الأعمار العقلية في هذا الاختبار وجدناها ٢٢ سنة و ١٠ شهور ولهذا لا يعد هذا المقياس مقياساً صادقاً لذكاء الراشدين فوق سن ١٥؛ وهو لا يعطي عمليات الذكاء وعناصره تفصيلاً.

(٢) إن هذا الاختبار مليء (بالفقرات اللفظية) التي تتأثر إلى حد كبير بالخبرات المدرسية، ورغم أن هذا يشكل عيباً من عيوب الاختبار لعدم استخدامه مع الصم والبكم؛ لكنه صادق وصالح للتنبؤ بالنجاح المدرسي، وقد أجرى العالم (إلدون بوند Eldon A. Bond) دراسة على هذا المقياس واستخرج فيها معاملات ارتباط بينه وبين تفهم القراءة ٠,٧٣ وبينه وبين مادة التاريخ ٠,٥٩ وبينه وبين مادة الأحياء ٠,٥٤ ولكن المشكلة هي الحاجة إلى تدريب الأخصائي تدريباً عملياً على هذا المقياس حتى يتمكن من تأليف فقراته المختلفة ويستطيع تطبيقه بجرية وكفاءة.

وقد أثار العالم (فريمان ١٩٦٢ Freeman) عشرة تساؤلات نقدية نوجزها بالآتي:

(١) هل المقياس العمري Age-Scale يفضل المقياس بالنقط Point-Scale ، وقد اتضح أن الأول مفضل في اختبار الأطفال وحديثي الشباب، وأن الثاني مفضل في اختبار كبار الشباب والراشدين؟

(٢) هل يتكون المقياس من عديد من الاختبارات غير المترابطة؟ وقد ثبت بالتحليل العاملي أن المقياس مشبع بعامل عام في مختلف مستويات الأعمار وكذلك نتائج معامل الارتباط الثنائي المسلسل بين البنود والدرجة الكلية للاختبار (مراجعة ١٩٦٠)؟

(٣) هل المقياس المركب (مثل مقاييس بينيه أو ويكسلر) مفضل عن المقياس المنفصل العوامل (مثل بطارية اختبارات القدرات العقلية الأولية لثرستون) في الفحص الإكلينيكي التوجيه؟ الحقيقة هي أن محك التفضيل يرجع بالدرجة الأولى إلى (الفرض) من تطبيق المقاييس سواء أكان تربوياً أو إكلينيكياً أو لفرض التوجيه المهني.

(٤) هل مقياس ستانفورد - بينيه مشبع تشبعاً كبيراً بالجوانب اللفظية؟ يؤكد تيرمان على أن أكثر المظاهر أهمية ودلالة للعمليات الفكرية العليا هي القدرة على التفكير المفهومي والمجرد، ويعتمد ذلك على الترميز لغوياً أو عددياً، ورغم هذا فإنه يمكن الاستعانة باختبار آخر غير لفظي.

(٥) هل مقياس ستانفورد - بينيه اختبار للتعلم المدرسي؟ رغم أن المقياس وغيره من مقاييس أيضاً يستخدم مادة مدرسية في بنوده إلا أن التمييز الكمي بين المتعلمين والفرص المتاحة للتعلم المدرسي عوامل مؤثرة في درجات اختبار الذكاء. إن هذه العوامل ليست مؤثرة في كل الفروق الفردية الموجودة بين الأفراد، وإن التعلم الجيد والظروف البيئية الطيبة الأخرى تنمي الإمكانيات العقلية للفرد مما يتيح له النضج الأفضل.

٦) هل بعض بنود مقياس ستانفورد - بينيه لم تعد منطبقة على الاستخدام في البيئة؟ الحقيقة أن المقياس يجب أن يساير التطور العصري فليس من الضروري في اعتبار الذكاء أن يعرف الجيل الجديد أشياء مما كانت في عصور سالفه (كالتعرف على قاطرة بخارية أو موقد مطبخ قديم).

٧) هل يكشف مقياس ستانفورد - بينيه عن قدرات مختلفة في مختلف الأعمار؟ إن مراجعة ١٩٦٠ التي تضمنت معامل ارتباط ثنائي بين كل بند والدرجة الكلية لختلف الأعمار قد أثبتت أن العامل العام سائد في كل بنود المقياس لختلف الأعمار.

٨) هل يقيس المقياس قدرات الأصالة والابتكار؟ إن الذكاء المرتفع للأفراد لا يتضمن بالضرورة وجود قدرات الأصالة والابتكار لديهم لكن أولئك الأفراد ذوي قدرات الأصالة والابتكار يحصلون بالفعل على درجات ذكاء مرتفعة. وليست لهذه القدرات تقديرات موضوعية في القياس إلا أنها يمكن أن تستنتج من تفسير أداء المفحوص وتقييمه.

٩) هل مقياس ستانفورد - بينيه مناسب لمستوى الراشد؟ إن مراجعة عام ١٩٦٠ قد تضمنت أعمار ١٧، ١٨ سنة وهي صادقة أيضاً لمعظم من هم فوق الثامنة عشرة مع (احتمال ألا تكون ملائمة) للتمييز بين ذوي المستويات العقلية العليا فوق هذه السن. وحيث أنه لا يمكن ذكر العمر العقلي للمتفوقين الذين يزيد عمرهم عن الثامنة عشرة فإن علماء النفس يفضلون استخدام الرتب المثوية والدرجات المعيارية في هذه الحالة.

١٠) هل يفيد مقياس ستانفورد - بينيه إكلينيكيًا؟ الفائدة في الواقع محصورة في تحديد العمر العقلي ونسبة الذكاء. ويمكن وجود خبرة

إكلينيكية محدودة يمكنها أن تستشف بعض دلائل في التفسير والتقييم لاستجابات المفحوص وسلوكه .

وما قبل في نقد المقياس إكلينيكيّاً إنه (لا يقدم لنا سوى درجة واحدة) للدلالة على الذكاء ، وبذلك لا يعطي أية درجات عن العناصر أو العمليات التي يتكوّن منها الذكاء . وقد حاول بعض الأخصائيين الإكلينيكين الاستفادة من الأسئلة المتشابهة في تحديد العمليات العقلية ولكي (ماكناير McNemar) وجد من (التحليل العاملي) أن عامل الذكاء العام مسؤول عن حوالي نصف ما يقيسه السؤال في حين أن النصف الثاني يرجع إلى أحد عوامل متعددة لا تتكرر في أكثر من سؤال أو اثنين وهذا لا يمكن الاستنتاج من الأسئلة منفردة وبعد هذا (نقصاً إكلينيكيّاً): Clinical Shortcomings إذ لا يمكن الوصول إلى تشخيص أو تقييم لنواحي القوة أو العجز في ذكاء الفرد .

هذا فضلاً عن أن الأسئلة المتشابهة غير متجمعة معاً مما يتطلب وقتاً أطول في التطبيق نظراً لتكرار نفس التعليقات، وهذا يرجع بالطبع إلى أسلوب تكوين المقياس كما أن بعض الأسئلة تصحح على أنها فشل تام رغم الإجابة الجزئية عنها كما في أسئلة التفاهات .

ورغم كل ما يوجه لمقاييس بينيه ومراجعتها من نقد فإنها كانت وما تزال المعيار الذي تقنن عليه المقاييس والاختبارات الأخرى - فضلاً عن دوام استخدامها مع ما استجد من مقاييس واختبارات .

مقاييس ويكسلر لقياس الذكاء

وضع ويكسلر ثلاثة اختبارات:

(١) اختبار الذكاء للراشدين: السن (١٦ - فما فوق): W.A.I.S.
. Wechsler Adult Intelligence Scale

(٢) اختبار الذكاء للأطفال: السن (٥ - ١٥): W.C.I.S.
. Wechsler Children Intelligence Scale

(٣) اختبار أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية: السن (٤ - ٦,٥):
. Preschool and Primary Scale of Intelligence

١ - مقياس ويكسلر - بلقيو للأطفال: W.C.I.S

شر مقياس ويكسلر - بلقيو لذكاء الأطفال عام ١٩٤٩ وترجه إلى اللغة العربية د. محمد عماد اسماعيل، ود. لويس مليكة^(٧). ويعد هذا المقياس متفرعاً من مقياس ويكسلر - بلقيو لذكاء الراشدين والمراهقين. ولا شك أن هناك تداخلاً فيما بينها. وقد وضع هذا المقياس ليتلافى أوجه النقص الموجودة في اختبارات الذكاء الفردية الأخرى.

ونود إعطاء القارئ وصفاً موجزاً لفقرات هذا الاختبار وطريقة تصحيحه وتفسيره لنقارن أوجه الاختلاف بينه وبين مقياس ستانفورد - بينيه والمقاييس الأخرى.

يحتوي مقياس ويكسلر - بلقيو لذكاء الأطفال على (١٢) اختصاراً فرعياً، تنقسم إلى مجموعتين: مجموعة لفظية، ومجموعة عملية. ويحتوي

القسم اللفظي Verbal على ستة اختبارات فرعية:

المعلومات العامة - الفهم العام - الحساب - التشابهات - المفردات -
سلاسل الأعداد .

ويحتوي القسم العملي: Practical-Performance على ستة اختبارات
فرعية: تكميل الصور - ترتيب الصور - رسوم المكعبات - تجميع
الأشياء - الشفرة - المتاهات . ومعنى ذلك أننا نستطيع أن نستخرج نسبة
ذكاء لفظية من الاختبارات اللفظية ونسبة ذكاء عملية من الاختبارات
العملية، ونسبة ذكاء كلية من كليهما معاً: General Intelligence^(٨) .

وهذا - في تقديرنا - يتيح للأخصائي الإكلينيكي أن يقيس ذكاء
المفحوص من - أبعاد مختلفة - ويقارن فيها بينها، ويرسم صفحة نفسية
لتلك الأبعاد . الأمر الذي يجعل لهذا الاختبار قيمة تشخيصية هامة؛ كما
تصبح فائدته في التسبؤ كبيرة .

وعند مراجعات الاختبار وتعديلاته اختصر المقياس إلى (١٠)
اختبارات اختصاراً للوقت والجهد . وأصبح (٥) اختبارات لفظية و (٥)
عملية . وتحسب نسبة الذكاء على هذا الأساس . أما الاختباران اللذان
حذفنا عند حساب جداول نسب الذكاء فهما اختبار إعادة الأرقام (من
الجزء اللفظي) واختبار المتاهات (من الجزء العملي) . والسبب في حذف
هذين الاختبارين يعود لضعف ارتباط كل منهما ببقية المجموعة التي ينتمي
إليها . وبالرغم من أن حذف هذين الاختبارين عدل من حساب جداول
نسب الذكاء ، إلا أن ويكسلر يصح باستخدامها لفائدتها في التشخيص^(٩) .

طريقة استخدام المقياس (مثال):

نقدم حالة طفلة عمرها اثنا عشر عاماً وشهران. وقد حولت إلى العيادة النفسية لأنها عصبية وتحصيلها الدراسي ضعيف، ولا تهتم كثيراً بأعمالها المدرسية. وتوضح لنا مناقشة هذه الحالة التكامل بين نتائج الاختبار وبين بقية المعلومات الأخرى. كانت هذه الطفلة الأخت الكبرى لأختين أصغر منها؛ أحدهما في الحادية عشرة من عمرها والأخرى في التاسعة. وكان التحصيل الدراسي لهاتين الأختين عادياً. وتبلغ الأم من العمر ٣٤ عاماً والأب (٣٥) عاماً ويعمل في أحد المصانع. وكانت صحة الأم جيدة أثناء حملها لهذه الطفلة، وقد ولدت بعد ميعادها المتوقع بأسبوعين وكانت ولادة عسرة ونزلت بمؤخرتها. وعند الولادة كانت صحة الطفلة جيدة ولم تعان من أية اضطرابات في الرضاعة، كما كانت نشطة واستطاعت أن تمشي وعمرها (٩) شهور، وتعلمت بعض الكلمات قبل أن تكمل عامها الأول. ونظراً لتجمع الأسرة حول بعضها فقد لاقت هذه الطفلة رعاية معقولة في سنوات عمرها الأولى. وأما نموها الجسدي فقد كان عادياً تماماً وربما كان متفوقاً على أختها. إلا أنها أصيبت بمرض - عندما كان عمرها سنتين - أدى إلى ارتفاع حرارتها بشكل غير عادي. وعندما نقلت إلى المستشفى لم يستطع الطبيب أن يشخص طبيعة هذه الحمى. كما أنها نقلت إلى المستشفى حديثاً قبل تحويلها إلى العيادة النفسية واستمرت فيه (١٠) أيام لإصابتها بحمى قرمزية. وقد أصبحت عصبية وكثيرة الهياج بعد إصابتها هذه.

وقد ذكرت الأم، أن هذه الطفلة كانت متفوقة في دراستها في سنوات الدراسة الأولى. ولكنها حولت بعد ذلك إلى أخصائي نفسي لأن سلوكها في

المدرسة. كان مثيراً للقلق؛ فقد كانت كثيرة الشغب وتمزق كتبها، وأوراقها
لأتفه الأسباب ويعتقد المعلم الذي حولها إلى الأخصائي النفسي أنها طفلة
ذكية، ولكنه قال إنها لا تستطيع أبداً أن تركز انتباهاً. كما ذكرت الأم أن
نومها متقطع وأحياناً تنتابها أحلام مزعجة. وحين طبق عليها هذا
الأخصائي اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء تبين منه أن نسبة ذكائها ٩٨،
أي أنها (عادية).

وكانت الأم ترى أن الرياضيات هي أصعب المواد بالنسبة لها وكذلك
اللغة. وقد تحدثت الأم كثيراً مع إدارة المدرسة عن تحصيلها الدراسي
الضعيف، وكانوا يقولون لها في كل مرة إنهم لا يفهمون سبباً لتأخرها هذا
طالما أنها متوسطة الذكاء، ولا بد أن هناك اضطراباً ناجماً عن اختلال في
أحوالها المنزلية. وقد كانت الأم قلقة على ابنتها بشدة وخاصة أنها كانت
تحب اللعب دائماً خارج المنزل الأمر الذي كان يعطلها عن دروسها. وكان
انطباع الأخصائي النفسي عن هذه الأم أنها امرأة عصبية، ويبدو أن
ذكاءها أقل من المتوسط.

وتسم هذه الطفلة بالجادبية، وهي متعاونة ولبقة. وقد قالت إنها لا
تحب المدرسة، وإن الرياضيات واللغة هما أصعب المواد بالنسبة لها. وبالرغم
من ذلك فقد كانت تحب القراءة. وعندما طبق عليها مقياس ويكسلر -
بلفيو لذكاء الأطفال كانت نسبة ذكائها ٩٩، وهي مشابهة لنسبة ذكائها التي
استخرجها الأخصائي النفسي قبل ذلك من تطبيقه لمقياس ستانفورد -
بينيه.

ومعنى ذلك أن ذكاءها متوسط، ولكنه رأى أن هذه الدرجة الكلية لا
معنى لها لأنها لا تبرز لنا نقاط القوة والضعف في قدرتها العقلية. أعطيت

هذه الطفلة (١٠) اختبارات فرعية؛ (خسة لفظية وخسة عملية). أي أن الأحصائي حذف اختبار إعادة الأرقام والمتاهات كما هي العادة. وعندما حسبنا الذكاء اللفظية والعملية كل على حدة كانت نسبة ذكائها في الجزء اللفظي ٩٤ وفي الجزء العملي ١٠٤. وعلى الرغم من أن هذا الفرق يعد (علامة تشخيصية) إلا أنه لا يصف لنا قدرتها وصفاً دقيقاً. ولهذا قام الأخصائي بدراسة دقيقة كيفية وكمية لكل استجاباتها في المقياس.

فاختبار المعلومات يتضمن معرفة بعض الحقائق العامة. ومتوسط الدرجات في هذا الاختبار وفي بقية الاختبارات ١٠. وقد حصلت هذه الطفلة هنا على ١٢ درجة. من الواضح - إذن - أنها قادرة على تعلم الحقائق الواردة في هذا الاختبار ومثيلاتها. وأما في اختبار الفهم العام فحصلت فيه على ٩ درجات. وهذه الدرجة تقرب من المتوسط. ولكن الدرجة في حد ذاتها، لا تصف لنا سلوكها. فإذا نظرنا إلى فقرات هذا الاختبار وجدنا بعضها عيانياً. والبعض الآخر مجرداً، وقد كان أداؤها في الفقرات العيانية جيداً ولكنه كان ضعيفاً في الفقرات المجردة. ويتفق هذا مع أدائها الضعيف في اختبار الحساب، إذ كانت درجتها في هذا الاختبار ٩، ولكن كلما كانت المسائل أكثر تعقيداً وتحريداً كان أداؤها ضعيفاً. كما كانت تجد صعوبة في المسائل التي تتطلب عمليات قسمة. وأما اختبار التشابهات الذي يتطلب قدرة على (تكوين المفاهيم) فقد كان أداؤها فيه ضعيفاً وحصلت على ٧ درجات. وقد اتضح أيضاً عجزها هذا عن التجريد في التحليل الكيفي لاستجاباتها في اختبار المفردات فقد كانت درجتها فيه ٨ ولكنها حصلت على هذه الدرجة من تعريفاتها لكلمات مثل «عجلة» و«سكنينة» و«حصان» ولكنها لم تستطع أن تعرف كلمات مثل

« شجاعة » أو « حكاية ».. أي أنها أجابت بموضوعات عيانية واخفت بموضوعات تجريدية^(١٢) .

وأما في الجزء العملي فقد حصلت في اختبار تكميل الصور على (١٣) درجة. وهذا الاختبار يحتوي على صور ناقصة، والمطلوب أن يتعرف المفحوص على هذا الجزء الناقص. وقد كان أداؤها في هذا الاختبار ممتازاً. وفي ترتيب الصور حصلت على (١٣) درجة، إذ كانت تنجز المطلوب منها سرعة وبدقة. وأما في اختبار رسوم المكعبات فالمطلوب من المفحوص أن يرتب بعض المكعبات الملونة لكي تتطابق مع شكل مرسوم على بطاقة أخرى أمامه، ويحتاج هذا الاختبار إلى مهارة بصرية حركية وقدرة على تكوين المفهوم، وقد حصلت في هذا الاختبار على (٩) درجات، ولكنها كانت تؤديه بسرعة وبأسلوب المحاولة والخطأ. كما كان أداؤها في تجميع الأشياء طريفاً. ففي الشكل الأول عندما شرح لها الأخصائي المطلوب منها استطاعت أن تجمع الشكل بسرعة وبسهولة. ولكنها في الشكلين الآخرين عندما لم يشرح لها الأخصائي المطلوب، كان أداؤها فيها ضعيفاً وحصلت في النهاية على ١٠ درجات. أما في اختبار الشفرة فقد حصلت على ٩ درجات وكان أداؤها فيه ضعيفاً بالمقاييس إلى أدائها في الاختبارات الأخرى لأنها لم تفهم فكرة هذا العمل إلا بصعوبة.

يوضح لنا هذا الوصف لأداء هذه الطفلة في المقياس قيمة (التحليل الكيفي) لهذا الأداء، وفائدة تطبيق مقياس يتضمن اختبارات فرعية أخرى تقيس أبعاداً متعددة من القدرة العقلية. فما لا شك فيه أن هذا الوصف يعطينا صورة لها معنى، وليس مجرد وضع (نسبة ذكاء كلية وكمية) فحسب. والواقع أن الأداء بهذه الصورة من الخصائص الأساسية التي تسم الأطفال المصابين بتلف في الدماغ Brain Damage . ويتفق هذا - إلى حد

ما - مع دراسة تاريخ هذه الحالة ومن المقابلات التي أجريت معها. فقد لاحظ الأخصائي بوضوح عدم قدرتها على الانتباه وشرودها باستمرار. وبعد أن طبق عليها بعض الاختبارات الإسقاطية خرج بنتيجة مؤداها أن هذه الطفلة نشطة وسوية من الناحية الانفعالية، إلا أنها تشعر بالإحباط بسرعة وسهولة. وتوحي هذه الملاحظات بأن تخلفها الدراسي لا يرجع إلى اضطراب انفعالي بل إلى ضعف القدرة على التجريد. وقد لاحظ الأخصائي كذلك أن هذه الطفلة تتعرض لضغوط منزلية شديدة لكي تحقق مستوى تحصيلياً أعلى من قدراتها الفعلية. فقد كانت الأم حريصة أن تلحقها في المستقل بكلية جامعية بينما كانت الطفلة تميل إلى العمل في أحد المصانع (وربما يتفق العمل اليدوي - إلى حد كبير - مع قدراتها العقلية المحدودة).

وبعد دراسة تاريخ هذه الحالة وإجراء مقابلة تشخيصية معها وتطبيق بعض مقاييس الذكاء والشخصية، وضع الأخصائي النفسي بعض التوصيات التي يمكن أن نوحرها بما يأتي:

(١) يجب تخفيف الضغوط على هذه الطفلة سواء في المدرسة أو في المنزل. وعندما تتقدم في عملها المدرسي يجب أن تواجه بالتشجيع والثناء، ولكن محاولات النقد المستمرة والسخرية من أداؤها الضعيف لن يكون من ورائها طائل سوى اشعارها الدائم بالفشل: Failure Identity. كما يجب أن توجه في تعليمها وجهة تتعلم فيها الأعمال اليدوية ونستمد بها عن أية دراسة تتضمن مواد رياضية أو أية عمليات فكرية تحريرية تحتاج إلى تركيز الانتباه. وليس المقصود بذلك أن لا تتعلم الرياضيات مطلقاً، ولكن إذا فشلت فيجب تقبل هذا الفشل ببساطة كواقع متوقع.

٢) هناك احتمال في أن تتقدم هذه الطفلة في تعلم اللغة . ولكنها لن تفهم القواعد اللغوية فهماً تاماً . معنى ذلك أن تعليمها يجب أن يشتمل دائماً على موضوعات عيانية دائماً . وعلى كل حال يجب أن تقل هذه الطفلة - كما هي - وهي تستطيع أن تعمل بهمة وبسرعة إذا فهمت ما يطلب منها من أداء ، ولكنها إذا لم تفهم فسوف تتخبط وتثور . ونظراً لأن قدرتها على الانتباه ضعيفة فيجب أن تقوم بالأعمال التي تتطلب انتقالاً سريعاً من عمل إلى آخر حتى لا نطالها بتركيز انتباهها لمدة طويلة في عمل واحد .

٣) إذا رسبت هذه الطفلة في أية سنة من سنوات دراستها فيجب أن تتقبل الأسرة هذا الرسوب بوصفه (ضرورة) لها فائدتها ، لأنها لن تستطيع مواصلة الدراسة في السنة التالية إلا إذا استطاعت أن تتمثل بنجاح كل مواد السنة السابقة . فإذا استطاعت الأسرة أن تتقبل هذه الطفلة بوصفها ضعيفة في أحد أبعاد قدرتها العامة خفّت إلى حد كبير معظم مشاكلها الانفعالية ، لأنه سترتب على ذلك تخفيف الضغوط الواقعة عليها وتشجيعها على التفوق في المهارات الحركية؛ الأمر الذي سوف يشعرها بالنجاح والثقة . وبهذه الطريقة فإنه من الممكن أن تصبح الفتاة مواطنة مثمرة منتجة . حقيقةً إنها لا تستطيع الالتحاق بالجامعة ، ولكنها تستطيع أن تقوم القيام العادي بالأعمال التي تتناسب مع قدرتها العقلية بل وتتفوق بها^(١١) .

وقد حدّد العالم (ويكسلر) فئات الذكاء ونسبتها المئوية حسب الجدول التالي:

جدول (رقم ٩)
فئات الذكاء ونسبتها المئوية
(ويكسلر - بيلفيو)

النسبة المئوية	نسبة الذكاء	الفئة
٢,٢	أكثر ١٢٨	(١) الأذكاء المتفوقون جداً : Very superior
٦,٧	١٢٠ - ١٢٧	(٢) الأذكاء المتفوقون : Superior
١٦,١	١١١ - ١١٩	(٣) الماديون الأذكاء : Bright-Normal
٥٠,٠ -	٩١ - ١١٠	(٤) المتوسطون : Average
١٦,١	٨٠ - ٩٠	(٥) الماديون الأغبياء : Dull-Normal
٦,٧	٦٦ - ٧٩	(٦) حالات هامشية : Borderline
٢,٢	أقل ٦٥	(٧) ضفاف العقول : Defective

[لاحظ الاختلاف في تحديد نسب الذكاء بين (بينيه - وويكسلر).

٢ - مقياس ويكسلر للراشدين (مراجعة ١٩٥٥) - وايز-

Wechsler Adult Intelligence Scale: (WAIS)

إن نظرة متأملة متفحصة لهذا المقياس الجديد تجعلنا ندرك بأنه لم يتضمن أية مبادئ جديدة من حيث المضمون أو التكوين أو التنظيم أو التصحيح أو انحراف نسب الذكاء وفي تقديرنا أن التغييرات الطفيفة تتمثل بما يأتي:

أ- تحسين المضمون وزيادة عدد أفراد عينة التقنين.

ب- تحسين أساليب التطبيق والتصحيح.

وقد أجرى د. مليكة (١٩٦٠) دراسة في جمهورية مصر العربية لتقنين مقياس ويكسلر وبلغ عدد أفراد عينة التقنين (٣٢٨) فرداً وهي ممثلة لجمهور المتعلمين العام إلى حد كبير في حدود السن ما بين ٢٠ - ٣٤ سنة؛ وقد ظهرت الدرجات الموزونة الناتجة كما هي واضحة في الجدول التالي:

جدول (رقم ١٠) مجموع الدرجات اللفظية (٦) اختبارات

والعملية (٤) اختبارات؛ والدرجات الكلية الموزونة

مجموع الدرجات	السن (٢٠ - ٢٤) (١١٤:ن)		السن (٢٥ - ٢٩) (١١٢:ن)		السن (٣٠ - ٣٤) (١٠٢:ن)	
	ع	م	ع	م	ع	م
لمطية موزونة	١٤,٦٩	٦٢,٦	١٣,٨٥	٦٠,١٢	١٥,٩٠	٥٦,٨٩
عملية موزونة	٩,٢٤	٥٥,٦	٩,١٣	٣٩,٧٥	١١,١٠٠	٣٦,٩٩
كلية موزونة	٢١,٧٣	١٠٥,٣	٢١,٥٠	١٠٠,١٠	٢٦,٥٩	٩٣,٨٩

أما فيما يرتبط بالاختبارات المكوّنة للمقياس فقد وجد ويكسلر بصورة عامة أن الاختبارات ترتبط بالمقياس ككل بدرجة عالية وأكبر المعاملات مع احتباري المبررات والمعلومات وأقلها مع إعادة الأرقام وتجميع الأشياء ، ولكنها ترتبط فيما بينها بدرجة متوسطة ، وأعلى الارتباطات بين الفهم العام والمتشابهات وأقلها بين إعادة الأرقام وتجميع الأشياء . ويتضح ذلك للقارئ من الجدولين التاليين (رقم ١١ ، ١٢) .

جدول رقم (١١) بين ارتباطات الاختبارات الفرعية بقياس (وايز) كله في مستويات أعمار مختلفة^(*)

مستويات الأعمار	١٩ - ١٨	٢٥ - ٢٤	٤٥ - ٥٤	٦٠ - ٦٤	٦٥ - ٦٦	٧٠ - ٧٤	٧٥ فأكثر
المعلومات	٠,٨٤	٠,٨٤	٠,٨٤	٠,٨١	٠,٨٣	٠,٧٦	٠,٧٨
المعم المام	٠,٧٣	٠,٧١	٠,٧٧	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٦٦	٠,٧٠
الاستدلال الحسابي	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٧٥	٠,٧٥	٠,٧٧	٠,٧٣	٠,٧٣
المنشآت	٠,٨٠	٠,٧٤	٠,٧٥	٠,٧٠	٠,٦٨	٠,٧١	٠,٦٦
إعادة الأرقام	٠,٦١	٠,٥٦	٠,٦٣	٠,٥٥	٠,٥٣	٠,٦٣	٠,٥٧
المفردات	٠,٨٣	٠,٨٣	٠,٨٣	٠,٦٩	٠,٨٠	٠,٨٢	٠,٧٣
رموز الأرقام	٠,٦٨	٠,٦٣	٠,٦٩	٠,٧٤	٠,٧٣	٠,٧٢	٠,٧٠
تكميل الصور	٠,٧٤	٠,٧٣	٠,٧٦	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٧٣	٠,٥٩
رسوم المكعبات	٠,٧٣	٠,٦٩	٠,٦٧	٠,٧٧	٠,٦٨	٠,٥٦	٠,٦٥
ترتيب الصور	٠,٦٨	٠,٧٢	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٧٤	٠,٦٠	٠,٤٦
تجميع الأشياء	٠,٦٥	٠,٥٨	٠,٦٥	٠,٦٣	٠,٥٥	٠,٥٠	٠,٥٨

(*) Wechsler, D. Measurement & Appraisal of Adult Intelligence, Baltimore, Williams & Wilkins Co 1958, p 99

جدول رقم (١٢) يبين الارتباطات الداخلية للاختبارات الفرعية في اختبار وكسلر - بلميو (٣٥٥ مفصلاً رجلاً ونساء) (*)

ترتيب الصور	رسم الكسكس	تكميل الصور	رموز الأرقام	إعادة الأرقام	التشابهات	الاستدلال الحاسبي	الاهم العام	المعلومات	الاهم العام
								٠,٦٧	٠,٦٧
						-	-	٠,٦٠	٠,٥٢
						٠,٦٠	٠,٨٨	٠,٦٨	٠,٨٨
					٠,٣٨	٠,٤٤	٠,٤٤	٠,٤٨	٠,٤٨
					٠,٥١	٠,٤٣	٠,٤٣	٠,٥٦	٠,٥٦
					٠,٤٦	٠,٤٠	٠,٤٠	٠,٤٧	٠,٤٧
					٠,٥٤	٠,٥١	٠,٥١	٠,٤٩	٠,٤٩
					٠,٤٩	٠,٣٧	٠,٣٧	٠,٣٨	٠,٣٨
					٠,٣١	٠,٢٣	٠,٢٣	٠,٢٢	٠,٢٢

(*) wechsler, Ibid, p 99

جدول رقم (١٣): مجالات الارتباط الرياضية بين المبرجات الموزونة على اختبارات كسر - بطير وبيتا وبين المبرجات الموزونة على القاييس اللغوية والصمية والكمية (ن = ١١٤) السن من ٢٠ إلى أقل من (٢٥) (٥)

	المقياس الكلي	المقياس الصلي	المقياس اللغوي	رموز الأرقام	تجميع الأشياء	رسم الكميات	تكميل الصور	ترتيب الصور	المفردات	المتشابهات	الاستدلال الحسابي	إعادة الأرقام	النعم	
المبرجات	٠.٩٤	٠.٧٩	٠.٩٥	٠.٦٠	٠.٥٣	٠.٧٠	٠.٨٣	٠.٧١	٠.٩٠	٠.٧٩	٠.٦٨	٠.٧٠	٠.٦١	المبرجات
النعم	٠.٦١	٠.٣٨	٠.٨١	٠.٣٣	٠.١٤	٠.٤٥	٠.٥١	٠.٣٥	٠.٦٧	٠.٨٤	٠.٦١	٠.٥٨		النعم
إعادة الأرقام	٠.٨٠	٠.٦٧	٠.٨٥	٠.٤١	٠.٥٩	٠.٥٤	٠.٧٦	٠.٦٤	٠.٧٢	٠.٦١	٠.٧١			إعادة الأرقام
الاستدلال الحسابي	٠.٧١	٠.٥٦	٠.٧٤	٠.٢٤	٠.٣١	٠.٤٨	٠.٥٥	٠.٥٣	٠.٧٨	٠.٤٨				الاستدلال الحسابي
المتشابهات	٠.٨١	٠.٨٠	٠.٩٢	٠.٤٣	٠.١٧	٠.٢٩	٠.٦٣	٠.٤٨	٠.٨٨					المتشابهات
المبرجات	٠.٩٠	٠.٧٣	٠.٩١	٠.٥٤	٠.٤٦	٠.٤٤	٠.٧٦	٠.٦١						المبرجات
ترتيب الصور	٠.٨٥	٠.٨٨	٠.٧٠	٠.٥١	٠.٦٢	٠.٦٩	٠.٥٦							ترتيب الصور
تكميل الصور	٠.٩٠	٠.٨٩	٠.٧٧	٠.٤٠	٠.٦٣	٠.٥٥								تكميل الصور
رسم الكميات	٠.٨٣	٠.٨١	٠.٥٧	٠.٣٤	٠.٥٤									رسم الكميات
تجميع الأشياء	٠.٦٢	٠.٧٧	٠.٤٦	٠.١٢										تجميع الأشياء
رموز الأرقام	٠.٤٤	٠.٤٧	٠.٥٣											رموز الأرقام
المقياس اللغوي (٦)	٠.٩٥	٠.٨٥												المقياس اللغوي (٦)
المقياس الصلي (٤)	٠.٩٢													المقياس الصلي (٤)

(جدول رقم ١٤)
جدول مثل لأطفال العائلية البعوت
(محول مقياس ويكسر للأطفال والراشدين)

جدول (١٥) مقارنة الشكل العائلي لستويات أعمار الأطفال لمقياس ويكسر لقياس ذلك الأطفال ومقياس ويكسر لقياس ذلك الراشدين (١٥)

مقياس الراشدين (مورغا)				WISC من ١٣ و ٥				WISC من ١٠ و ٥				الاختبارات الفرعية			
١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	المعامل	الطيران القيم العام الحساب التشابهات البرهان إعادة أرقام تكميل الصور ترتيب الصور دعم الكيفيات تجميع أشياء دعم أرقام الناطات مخطط النسبة المئوية للشمار		
٢٥	١	٢	٣	٢٥	١	٢	٣	٢٥	١	٢	٣	١			
٦٩	١٠	١٠	١٠	٧٤	١٠	٥١	١٠	٧١	١١	٤٨	٧١	٦٩			
٧٢	١٢	١٢	١٢	٥٢	١١	٤٨	١١	٦٤	١٥	٤٤	٦٤	٦٥			
٥٤	١٤	١٤	١٤	٥٠	١٢	٣٦	١٢	٦٠	١٦	٣١	٥٧	٥٧			
٧٢	١٦	١٦	١٦	٦٦	١٣	٤٨	١٣	٥١	١٦	٢٢	٥٨	٥٨			
٤٥	١٨	١٨	١٨	٧٠	١٤	٥١	١٤	٧٩	١٨	١٢	٧٥	٧٥			
٥٠	٢٠	٢٠	٢٠	٤٧	١٥	٤٩	١٥	٤٧	١٧	١٥	٥٧	٥٧			
٣٩	٢٢	٢٢	٢٢	٥٢	١٦	٣٨	١٦	٣٤	١٩	١٢	٥١	٥١			
٧٠	٢٤	٢٤	٢٤	٦٩	١٧	٤٦	١٧	٦٥	٢٢	١٠	٦١	٦١			
٤٩	٢٦	٢٦	٢٦	٥٤	١٨	٤٦	١٨	٥٤	٢٤	١٦	٤٩	٤٩			
٦٤	٢٨	٢٨	٢٨	٦٤	١٩	٤٦	١٩	٦٨	٢٨	١٦	٣٣	٣٣			
	٣٠	٣٠	٣٠	٥٢	٢٠	٤٦	٢٠	٥٥	٣٠	١٧	٥٠	٥٠			
	٣٢	٣٢	٣٢	٥٣	٢١	٤٦	٢١	٥٤	٣٢	١٨	٤٢	٤٢			
	٣٤	٣٤	٣٤	٥٤	٢٢	٤٦	٢٢	٥٥	٣٤	١٩	٣٢	٣٢			

جدول رقم (١٥) يبين العوامل العامة والدرجة الثابتة للاختبارات الفرعية لوكسلر - بلقيس في مجموعات حساب وحساب وضف
(٢٠) عتلي

العوامل			عامل (أ) لعتلي			عامل (ب) مير لعتلي			عامل (ج) تشتت			(عوامل الدرجة الثابتة)		
الصفات			حساب	حساب	حساب	حساب	حساب	حساب	حساب	حساب	حساب	حساب	حساب	حساب
المطويات	٥٩	٦١	٦٨	٦١	٦٨	٦٨	٦١	٦٨	٦٨	٦١	٦٨	٦٨	٦١	٦٨
المهم العام	٥٧	٦٩	٥٨	٦٩	٥٨	٥٨	٦٩	٥٨	٥٨	٦٩	٥٨	٥٨	٦٩	٥٨
إعادة الأرقام	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
عكس إعادة الأرقام	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
الاستدلال الحسابي	١٧	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢	٢٢
التشابهات	١٣	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤	٦٤
المعدلات	٦٨	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦	٦٦
ترتيب الصور	١٠	٢٥	١٨	٢٥	١٨	١٨	٢٥	١٨	١٨	٢٥	١٨	١٨	٢٥	١٨
تشكيل الصور	٤١	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩
رسوم المكعبات	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١	١١
تحريك الأشياء	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠	٤٠
رسوم الأرقام	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧	١٧
عامل (أ)	٧٦	٧٨	٧٦	٧٨	٧٦	٧٦	٧٨	٧٦	٧٦	٧٨	٧٦	٧٦	٧٨	٧٦
عامل (ب)	٦٤	٦٠	٦٤	٦٠	٦٤	٦٤	٦٠	٦٤	٦٤	٦٠	٦٤	٦٤	٦٠	٦٤
عامل (ج)	٧٨	٨٣	٨١	٨٣	٨١	٨١	٨٣	٨١	٨١	٨٣	٨١	٨١	٨٣	٨١

(جدول رقم ١٦)

٤٨٧

(جدول تمثيلي للتحليلات الحاسوبية في الأعمار المختلفة)

جدول رقم (١٦) يبين مقارنة التحليل الحاسوبي لاختبار (واين) للأعمار من ١٨ إلى أكثر من ٧٥ مع تدوير مائل للعوامل الأولية لأربع مجموعات أعمار رئيسية (أ، ب، ج، د)

عامل (هـ) رموز أرقام			عامل (د) تشكيل صور			عامل (ج) ذاكرة			عامل (ب) غير لفظي			عامل (أ) لفظي			الموالم:
٥١ - ٦٠	٦١ - ٧٠	٧١ - ٨٠	٥١ - ٦٠	٦١ - ٧٠	٧١ - ٨٠	٥١ - ٦٠	٦١ - ٧٠	٧١ - ٨٠	٥١ - ٦٠	٦١ - ٧٠	٧١ - ٨٠	٥١ - ٦٠	٦١ - ٧٠	٧١ - ٨٠	١٨ - ٧٥
٠.٣ -	٠.٢	٠.١	٠.٨ -	٠.٧	٠.٦	٠.٤ -	٠.٣	٠.٢	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	الطومات
١.٠ -	٠.٧	٠.٤	١.١ -	٠.٩	٠.٦	٠.٨ -	٠.٦	٠.٤	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	المهم العام
٠.٤ -	٠.٣	٠.٢	٠.٨ -	٠.٧	٠.٦	٠.٤ -	٠.٣	٠.٢	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	الاستدلال الحاسبي
٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	التشابهات
٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	إعادة الأرقام
١.٠ -	٠.٧	٠.٤	١.١ -	٠.٩	٠.٦	٠.٨ -	٠.٦	٠.٤	٠.٩ -	٠.٨	٠.٧	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	الفردات
٣.١ -	٢.٥	٢.٠	٣.٦ -	٣.٠	٢.٥	٣.١ -	٢.٥	٢.٠	٣.٦ -	٣.٠	٢.٥	٣.١ -	٢.٥	٢.٠	رموز الأرقام
٠.٠ -	٠.٦	٠.٢	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	٠.٦ -	٠.٥	٠.٤	تشكيل الصور
٠.٢ -	٠.١	٠.٠	٠.٢ -	٠.١	٠.٠	٠.٢ -	٠.١	٠.٠	٠.٢ -	٠.١	٠.٠	٠.٢ -	٠.١	٠.٠	رسم الكائنات
٢.٢ -	١.٤	٠.٦	٢.٢ -	١.٤	٠.٦	٢.٢ -	١.٤	٠.٦	٢.٢ -	١.٤	٠.٦	٢.٢ -	١.٤	٠.٦	ترتيب الصور
٠.٦ -	٠.٠	٠.٠	٠.٦ -	٠.٠	٠.٠	٠.٦ -	٠.٠	٠.٠	٠.٦ -	٠.٠	٠.٠	٠.٦ -	٠.٠	٠.٠	تجميع الأشياء

جدول رقم (١٧)

جدول تمثيلي لترتيب المفردات حسب الصعوبة

جدول (١٧) المفردات مرتبة بحسب صعوبتها طبقاً للنسب
الثوية المستخرجة من إجابات ٣٩٥ شخصاً في فئات السن عن
٢٠ إلى ٣٤ :

المردة	النسبة المئوية	المردة	النسبة المئوية
١ - قبح	٩٧	٢٢ - كتيب	٥٧
٢ - جل	٨٥	٢٣ - ماذا	٥٦
٣ - شقيق	٧٦	٢٤ - دنب	٥٦
٤ - بجانب	٧٥	٢٥ - منطوق	٥٥
٥ - ضيق	٧٥	٢٦ - كوميديا	٥٥
٦ - باكر	٧١	٢٧ - محنة	٥٤
٧ - قرية	٧٠	٢٨ - تضيق	٥٢
٨ - عاصفة	٦٦	٢٩ - متناقض	٤٨
٩ - مؤتمر	٦٦	٣٠ - تردد	٤٦
١٠ - طوارئ	٦٦	٣١ - قصاص	٤٥
١١ - استعراض	٦٥	٣٢ - اكتاب	٤٤
١٢ - صخور	٦٤	٣٣ - نووية	٤٤
١٣ - مشهور	٦٤	٣٤ - صدام	٤٣
١٤ - أمة	٦٤	٣٥ - أسطورة	٤٣
١٥ - كهل	٦٣	٣٦ - جدوى	٤٢
١٦ - برنامج	٦٣	٣٧ - سراب	٣٨
١٧ - قرض	٥٩	٣٨ - ممنوي	٣٨
١٨ - تصنيع	٥٩	٣٩ - فطرة	٣٨
١٩ - استئصال	٥٨	٤٠ - قرينة	٣٥
٢٠ - مكافئة	٥٨	٤١ - طمس	٢٦
٢١ - حلة	٥٧	٤٢ - نصاب	٢١

(جدول رقم ١٨)

(جدول تحليلي للوظائف العقلية لاختبارات ويكسلر - بلفيو الفرعية)

والبيان التالي تحليل للوظائف العقلية التي تتضمنها الاختبارات الفرعية الأحد عشر لمقياس وكسلر بلفيو والذي وضعه أردن فراندسن Arden Frandsen ، وأورده هادلي (Hadley, 1958)^(١٣).

(التحليل الوظيفي للاختبارات الفرعية لوكسلر)

الاختبار	العمليات العقلية التي يتضمنها
(١) اختبار المعلومات	<p>- قياس القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات التي سبق للفرد اكتسابها (الذاكرة المبددة).</p> <p>- يمكن نمس الفرد للعالم المحيط به، ومجالاته الاجتماعية، وحيواته القربوية.</p> <p>- تقع الإجابات في كلمة أو كلمتين تتطلب تملأً أو حلاً للمشكلات مباشرة، ويتطلب قليلاً من الصياغة والتسطيم للاستجابات.</p> <p>- تراط الحرة وتنظيمها.</p>

العمليات العقلية التي ينصصها	(١) الاختصار
<ul style="list-style-type: none"> - قياس القدرة على استخدام الخبرات السابقة (المعلومات العملية) في حل المشكلات ولكنه لا يتطلب كفاءة تحت عامل الضغط المحدود، أو إبداع حلول غير عادية. - يتطلب قدرة على الحكم واختيار الدليل اللازم في تقرير كمية موازنة الموقف الواقعي. - الاستدلال مع التحريد (التحليل والتركيب الرمزي) وتنظيم المعارف وتكوين المفهوم الكلي. 	<p>(٢)</p> <p>اختصار المهم العام</p>
<ul style="list-style-type: none"> - قياس القدرة على التفكير التصوري المزدوج. - التمييز في الاختيار بين أوجه الشابه الأساسية والسطحية أو صياغة أوجه الشابه المحسوسة (العيانية). - الكشف عن التفكير المطلق للمفاهيم وبيان الفروق الكمية في مستويات استيعابهم أو درجتها وصحتها أو عراشتها وشدودها - تحليل العلاقات وتكوين التصورات اللفظية 	<p>(٣)</p> <p>اختصار المتشابهات</p>

الاحصار	المعاملات العقلية التي يتخصصها
(٤) احتصار الاستدلال الحسابي	<ul style="list-style-type: none"> - قياس القدرة على التمكيز الحسابي - استخدام التدريب السابق والخبرات السابقة (مستوى السعة الأولى الإعدادية في مصر) (أو الثالثة المتوسطة في الكويت) أو المعاملات المالية العادية في التمكيز تحت ضغط عامل الزمن: - تأثير الدرجات متذبذب الامتلاء وردود العمل الانفعالية. - التركيز.

الاحتصار	المعاملات العقلية التي يتخصصها
(٥) احتصار إعادة الأرقام	<ul style="list-style-type: none"> - الاستدعاء المباشر - الذاكرة والتحليل السمعي. - الذاكرة والتحليل البصري أحياناً.

الميليات العقلية التي يتصفها	الاحتيار
<ul style="list-style-type: none"> - قياس القدرة على استدعاء المعاني اللفظية التي سبق اكتسابها . - تتطلب الاستجابات بعض التنظيم والصياغة للأفكار . - الكشف عن التماس والتسوع في نوعية الأفكار وأسلوب التعبير . - النمو اللغوي وتكوين المفهوم الكلي . 	<p>(٦)</p> <p>احتيار المعردات</p>
<ul style="list-style-type: none"> - القدرة على فهم (إدراك وتصور) الموقف الكلي وتقديره في تتابع الأحداث والقدرة على الإدراك الحصري للعلاقات . - يتصف التخطيط والتنظيم في تتابع سطحي . - التنظيم والتخطيط الحصري . 	<p>(٧)</p> <p>احتيار ترتيب الصور</p>

العمليات العقلية التي يتخصصها	الاحتسار
<p>(٨)</p> <p>اختسار تكميل الصور</p> <p>- القدرة على استخدام الخبرات الماضية، والقدرة الإدراكية، والتصورية على فهم الصور ككل، وتحليل وتغيير التمثيلات الأساسية من غير الأساسية لتحديد الجزء الناقص في معرفة وطائف الأشياء .</p> <p>- يسمح بذكر اختسارات متعددة عبر صحيحة ولكنها تبدو ممكنة، ولا يمثل ذلك معياراً قائماً بذاته للأداء .</p>	
<p>(٩)</p> <p>اختسار رسوم المكومات</p> <p>- القدرة على إدراك وتحليل التلخخ والقدرة على إدراك الشكل والوحدات المجردة في علاقاتها المتعددة (القدرة التحليلية، والتركيبية) والتكامل</p> <p>- المجهود المستمر تحت ضغط عامل الزمن المحدد، والانتقال الذهني وضرورة النقد الذاتي .</p> <p>- التأثر الحركي البصري .</p>	

الميليات العقلية التي يتخصصها	الاحصار
<p>(١٠)</p> <p>احتسار تجميع الأشياء</p> <p>- المبدأة في البحث عن هدف مجهول وتحقيقه.</p> <p>- تصور وإدراك شكل مألوف من أحواله غير الكاملة (تركيب).</p> <p>- ضرورة نوم السرعة والمثابة والانتقال الذهني والنقد الذاتي</p> <p>- التآزر الحركي الصوري والتحليل الصوري.</p>	
<p>(١١)</p> <p>احتسار رموز الأرقام</p> <p>- الكشف عن السرعة الإدراكية، والتذكر، والقدرة عن تعلم</p> <p>الربط بين رموز غير مألوفة وأرقام مألوفة تحت ضغط عامل</p> <p>الرمز المحدد والانتقال المستمر للتهيؤ الذهني، والمثابة على</p> <p>مدل الجهد والانشاء</p> <p>- الدرجات المنخفضة تكشف عن الدائمة الضعيفة، والميل نحو</p> <p>الحلط نتيجة القلق.</p> <p>- التآزر الحركي الصوري والسرعة الحركية السمية.</p>	

المغزى والدلالات الإكلينيكية لمقياس ويكسلر - بلقيو لذكاء الراشدين والمراهقين

يعتبر العالم (فريمان) في مقدمة العلماء الذين تعرضوا إلى تحليل اختبار
ويكسلر - بلقيو (تحليلاً نقدياً) مع توضيح دلالاته الإكلينيكية التي يمكن
النظر إليها على ضوء الملاحظات التالية^(١٣):

(١) نسبة الذكاء: إن نسبة الذكاء في اختبار ويكسلر - بلقيو تشير إلى
مركز الفرد بالنسبة لمن هم (في سنه) من حيث القدرة العامة (الذكاء) أو
قدرته العامة. فهي أولاً غير مميزة بين الأفراد في كثير من الحالات فالاتفاق
في نسبة الذكاء لا يميز الأشخاص في المواقف المختلفة.

ونسبة الذكاء ليست ثابتة ثبوتاً مطلقاً. فليس بين المختصين
الإكلينيكين من يعتقد بأن نسبة ذكاء - ما - ثابتة منذ ميلاد الإنسان
حتى وفاته. ومن الطبيعي أن يتوقف حجم التعبير في نسبة الذكاء على الفترة
الواقعة بين مرقي تطبيق الاختبارات. وهناك مسألة أخرى ترتبط بدلالة
نسبة الذكاء في حالة الأفراد المصطرين انفعالياً أو الذين يبدو عليهم
التدهور العقلي، فالواقع أن عدداً من الوظائف التي تقيسها الاختبارات
يظل محتفظاً بمستواه على العكس من بعض الوظائف الأخرى. وعلى هذه
الحالة يمكن أن نأخذ بنتائج هذه الاختبارات للدلالة على المستوى السابق
للمرض.

(٢) نسبة الذكاء اللفظية بالمقارنة بنسبة الذكاء العملية: إن من أهم
خصائص اختبار ويكسلر أنه ينقسم إلى قسمين: مجموعة اختبارات لفظية،

وعملية. ولكن ويكسلر لم يبين في تقسيمه أن هنالك (أنواعاً مختلفة) من الذكاء. ولكنه بنى تقسيمه على أساس القدرة عند الأفراد في التعامل مع الأشياء أو مع الكلمات، سواء كان ذلك التعامل نظرياً أو نتيجة للتمود والتدريب، ولقد كشفت (التحليلات العاملية) عن أن هذا التجميع قد يرتبط بتقسيم ثنائي أساسي رغم ما بين الاختبارات الفرعية من تداخل. وعلى أية حال فالملاحظ أن القدرات المستنتجة من الاختبارات تكون تجمعات وظيفية: Functional cluster والاهتمام بها يساعدنا لفوائده الكبيرة في ميادين التوجيه المهني والتربوي وفي تقييم الشخصية: Personality Assessment; Vocational and Educational Counselling. وتشير البحوث إلى أن المعجز: Impairment الذي ينتج عن الخلل العقلي يحدث في المجال العملي - بنسبة أكثر من حدوثه في المجال اللفظي. ويتضح هذا في حالات الذهان العقلي بجميع أنواعه، وإن تأثر الأمراض على الوظائف العقلية يحدث بدرجات متفاوتة.

ويرى - ويكسلر - أن هنالك فئتين إكلينيكيّتين تزيد فيها نسبة الذكاء العملي على نسبة الذكاء اللفظي وهما فئة السيکوباتيين المراهقين (دون إصابة بالذهان) وفئة ضعاف العقول. وقد وجد - ويكسلر - أن الأفراد من ذوي الذكاء المرتفع يغلب أن تكون استجاباتهم للاختبارات اللفظية: Verbal and Abstract أفضل من استجاباتهم للاختبارات العملية. أما جلوك وجلوك فقد وجدوا فرقاً بين درجات الذكاء العملي واللفظي بين الأسوياء والجانحين حيث يميل الجانحون لإحراز درجات أعلى في الذكاء العملي على العكس من الأسوياء الذين يتفوقون في الذكاء اللفظي.

وتؤثر (المهن Vocations) في ارتفاع وانخفاض درجات الاختبارات

اللفظية والعملية. وقد اتضح أن النجارين والمشتغلين على الآلات والمهندسين يحصلون على درجات أعلى في الاختبارات العملية، أما المدرسين والكتاب والشعراء والفنانون فيحصلون على درجات أعلى في الاختبارات اللفظية - وفي اعتقادنا - لا يجوز أن نفسر الفروق ذات الدلالة بين درجات الاختبارات اللفظية والاختبارات العملية أو كل منها على حدة (تفسيراً كيمياً) محضاً دون الاهتمام بالمفردى (الكيفى) للأداء، ولا يمكن أن تؤخذ الاختبارات، وفروقاتها، على علاتها، بل يجب أن تفسر في ضوء (العوامل) التي يحتمل أن تكون قد أثرت فيها.

(٣) التشتت والتباين بين درجات الاختبارات: **Test| Scatter and Variability (Inter-Test Variability)**: التشتت في نتائج الاختبارات يعني وجود فوارق واضحة بينها؛ فالفرد قد يؤدي في بعضها نجاحاً ملحوظاً وفي بعضها الآخر فشلاً واضحاً. وقد أكد العالم (رابابورت: ١٩٤٦) وغيره من العلماء بأن التشتت يزداد بازدياد (سوء التوافق). كما وجد تشتت خاص بالمفردات Vocabulary Scatter ويحسب عن طريق الفروق بين الدرجة على كل اختبار فرعي والدرجة على اختبار المفردات.

الفئات الإكلينيكية: تمكن ويكسلر(*) من تقديم الفئات التالية:

أ- أمراض المخ العضوية: وتشمل إصابات المخ، وإدمان الكحول المزمن؛ ويتفوق أداؤهم في الاختبارات اللفظية ويهبطون في الاختبارات العملية؛ ويظهر التدهور في اختصار رموز الأرقام ورسوم المكعبات.

ب- الفصام: (الزكتسوفرينيا): يؤثر الفصام في الكفاية العقلية للمريض، ويظهر هذا في انخفاض درجات المريض في معظم الاختبارات الفرعية التي تتطلب توجيه جهد مباشر نحو هدف. وترتفع اجابات مرضى

الفصام في المعلومات والمفردات. ويمثلون في الأسئلة السهلة والحلط في التعريف. وتظهر لديهم إدراكات محرفة أو خلطية في ترتيب الصور وتكميلها وتجميع الأشياء. وهم عموماً يصرون بالإصرار كله على صحة إجابات خاطئة.

ج- فصام البارانونيا: يتميز أفراد هذه الفئة بهبوط عام في الاختبارات العملية، ولكن رسوم المكعبات تكون أعلى الدرجات وتظهر تحريكات إدراكية في ترتيب الصور وتكميل الصور.

د- الفصام البسيط: يظهر الفصام البسيط ارتفاعاً نسبياً في اختبارات التناسق البصري الحركي الثلاثة (رسوم المكعبات، وتجميع الأشياء ورموز الأرقام) إذا قورنت باختبارات المقياس اللفظي وترتيب الصور. ويظهر نقص في القدرة على التركيز، وانخفاض في المعلومات والمفردات.

هـ- حالات القلق: ويظهر فيها ارتفاع في درجات المعلومات والفهم والمتشابهات والمفردات وانخفاض في درجات إعادة الأرقام وتكميل الصور وتجميع الأشياء ورموز الأرقام.

و- المستريا: في المستريا يتساوى الذكاء العملي مع الذكاء اللفظي؛ أو يرتفع العملي عن اللفظي، وتنخفض الدرجات نسبياً في الفهم.

ز- الاكتئاب العصبي والذهاني: في حالات الاكتئاب يبدو انخفاض في الاختبارات العملية وعلى الأخص البصرية والحركية ويزداد الانخفاض في المفردات والمعلومات.

ح - الضعف العقلي: ارتفاع في تجميع الأشياء والمتشابهات وانخفاض في المعلومات والحساب.

ط - الجانحون (السيكوباتيون المراهقون): الذكاء العملي أعلى من اللفظي ومجموع ترتيب الصور أعلى من رسوم المكعبات وتكميل الصور.

ق ٤٠ ج ١٨/١٦ جدول رقم ١٩ علم النفس (١٩)

خصائص الفئات الإكلينيكية: جدول رقم (١٩)

خصائص الفئات الإكلينيكية على اختبار وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين (من Wechsler, 1958 ولويس مليكة ١٩٩٠)

المعلومات الافتتاحية	أعراض الخلق العصبية	العصام	العصام البسيط	السيكوباتيون المراهقين الجامعون	اضطراب الطبع الرجعي
المعلومات العلم الحساب إعادة أرقام المتشابهات	++ + (ما عدا حالات التخلل العام) -- (علاج في إعادة المكس) ++ إلى -- (حسب نوع العصام)	++ إلى ++ - إلى - ++ إلى -- (حسب نوع العصام)	صفر - صفر صفر صفر صفر صفر	- إلى - صفر إلى - - صفر إلى - - إلى صفر	- إلى - صفر إلى - - صفر إلى - - إلى صفر
المعدلات ترتيب الصور تشكيل الصور	++ صفر إلى - صفر	++ - إلى صفر صفر إلى - (حسب نوع العصام)	صفر + صفر - صفر صفر أو صفر	صفر ++ إلى + ++ إلى صفر	صفر ++ إلى + ++ إلى صفر
لمسح الأشياء رسوم مكشبات	صفر إلى -- (حسب نوع الصبر) -- إلى صفر (حسب نوع الصبر)	صفر إلى +	صفر صفر صفر صفر أو صفر +	++ إلى صفر ++ إلى صفر	++ إلى صفر ++ إلى صفر
رموز أرقام النظري والعملي	النظري أعلى من العملي النظري أعلى من العملي	النظري أعلى من العملي	صفر - أو - - صفر	النظري أعلى من النظري عادة أعلى من النظري	النظري أعلى من النظري عادة أعلى من النظري
تشنت الصفحة النسبة	إذا حدها احباري أو ثلاثة يشمل أن يكون أداء المخصص حيثاً مخصصاً فإن تشنت الاحترارات يكون مشبهاً	تشنت كبير خاصة بين الاحترارات اللطيفة			
ملاحظات	تشنت هذه الأعراض أيضاً الإعراض في ادماي الحضور وتظهر أكثر الأعراض شيوعاً في المجال البصري الحركي ومرض الذاكرة، وصبر القدرة على التحول من أداء آخر وفي تدوير القدرة التقليدية، والتركيب	جميع ترتيب الصور والعم أقل من جميع المعلومات ورسم المكشبات جميع الأشياء أقل بكثير من المعلومات ورسم المكشبات المخصص المتشابهات مع ارتفاع المعدلات والمعلومات دليل مرض واضح يؤثر العصام في الكفاءة العقلية للرئيس ويمكن هذا على الاحترارات التي تتطلب توجه جهد مشترك نحو هدف ما يريد من تأثير التفكير العام والمرض			صعوبة جميع الأشياء وترتيب الصور أكثر دائماً من جميع رسوم المكشبات وتشكيل الصور

(٥) ارجع إلى الرمز المستخدمة في بيان درجات الاحترار

تابع جدول (١٩): صفات الفئات الإكلينيكية

مصاب الوسواس القهري	الوسواس القهري	القلق	المختل	الاكتئاب العصبي والدعائي	الصف الفتي
المعلومات الهم الحساب إعادة أرقام المنشآت المعدلات ترتيب الصور تكميل الصور تحسين أشياء رسم مكعبات رسم أرقام	اللفظي والسمعي اللفظي عادة شدة أو متفرقة جداً	اللفظي أعلى من السمعي	اللفظي يتساوى عادة مع السمعي وإذا حدث ولم تخصص درجة إعادة الأرقام إذن ذلك قد يشير إلى وجود أعراض مخاوف (مختل) أو القلق والعكس صحيحاً (تحولية)	المعاني جميع الاشارات الصلية خاصة البصرية الحركية من المعلومات والمعدلات، فإذا كان هذا في اختبار أو اثنين أو إذا ارتفعت رسوم المكعبات فيتم هذا إلى احتلال وجود الصل	صبر إلى - + - - إلى صبر صبر إلى + + إلى صبر صبر إلى - صبر + + صبر إلى + - إلى صبر
تشتت الصفة المسة		التشتت أقل مما في الدهان وأكثر مما في الأحبار		التشتت في القياس اللفظي أكثر في حالات الاكتئاب الدعائي منه في الصلي ودون المخصص الهم والمنشآت والحساب من المعلومات والمعدلات	يشير ارتفاع التشتت بين الاختبارات ودخل كل اختبار إلى اضطراب اعطاني وعكس ذلك يكون مصحوباً بدهان أو مسوقاً به
ملاحظات	ارتفاع درجة المعلومات والمعدلات مع المعاني بسي عادة في درجة الهم والاشارات الصلية	يصعب الاختيار على دراسة الخصائص المهمة للفرد في حالة التنوع وعالية محاولات التنوع	١- سلوك خطي مداح وحاجة في نواحي حسية ٢- تحليل العكس ٣- مرداد الدلالة إذا المعصب درجة المعلومات ومثل في الأشلة الصفة وحدث تشتت في الأشلة الصلية ٤- مرداد الدلالة إذا كان اجابات الهم ذات طابع حقيقي أو يمتد بالدعائية	من ناحية التحليل الكمي تبدو عدم الثقة في الاستجابات الذهنية	إعادة الأرقام بالعكس تكون من - إلى - - ويصعب على صاحب القول فهم المطلوب، ارتفاع رسوم المكعبات مع الاشتغال الحسابي يشير إلى احتلال عدم وجود صعب عقلي

ملاحظات اضافية حول اختبار ويكسلر للأطفال

اتفق النقاد عموماً بأن اختبار ويكسلر للأطفال بين السن (٥ - ١٥) يسير على نفس النسق لاختباره للراشدين ويتميز بثرائه وكفايته دون أن يسبب مللاً للأطفال أو جهداً كبيراً للأخصائي. وقد قنن المقياس في الولايات المتحدة الأمريكية على (١٠٠) طفل من الذكور و (١٠٠) من الإناث لكل سن رسمية؛ فبلغ عدد أفراد العينة كلها (٢٢٠٠) وجميعهم من المدارس إلا (٥٥) طفلاً من مؤسسات ضعاف العقول، والعينة ممثلة لسكان أمريكا لإحصاء ١٩٤٠.

معامل الثبات: حسبت معاملات الثبات للأعمار ($\frac{1}{4}$ ، ٧، $\frac{1}{3}$ ، ١٠، $\frac{1}{4}$ ، ١٣) وكل سن تتكون من ٢٠٠ طفل. وكانت معاملات الثبات للمقياس بأكمله هي ٠,٩٢، ٠,٩٥، ٠,٩٤، والمقياس اللفظي ٠,٨٨، ٠,٩٦، ٠,٩٦، والمقياس العملي ٠,٨٦، ٠,٨٩، ٠,٩٢. وهكذا فإن ثبات المقياس يعتبر عالياً حيث تم قياس ثباته على أساس التجزئة النصفية وحسبت معاملات الارتباط بين الاختبارات والمقاييس اللفظية والعملية والكلية.

معامل الصدق: تبين أن معاملات الارتباط الداخلية بين الاختبارات الفرعية لم تكن عالية كما كان متوقفاً. ففي مستوى الأعمار $\frac{1}{4}$ - ١٠ تراوحت المعاملات بين ٠,٣٠ و ٠,٤٠. وكانت في السن $\frac{1}{4}$ - ٧ بين ٠,٢٠ و ٠,٣٠. وتدلنا البيانات من الجداول الإحصائية وجود ارتباط عالٍ بين ستانفورد - بينيه ومقياس ويكسلر الكلي يتراوح بين (٠,٦٨ - ٠,٨٢) (١٠).

ملاحظات فريمان النقدية حول مقياس ويكسلر:

يرى العالم (فريمان)^(١٥) أن مقياس ويكسلر هو إضافة جيدة قيمة للأدوات الأخرى في القياس الفردي. ورغم أن الفائدة منه تكمن في عدم اعتماده على مفهوم (العمر العقلي) كما فعل سابقاً بينيه؛ فقد تبين بعد ذلك أن من الأفضل وجود مقابلات للعمر العقلي، فهذا المفهوم مفيد للغاية في التفسير النفسي الإكلينيكي. وإن الانخفاض النسبي لثبات بعض الاختبارات الفرعية يدلنا على الحذر البالغ في استخدام المبيان النفسي في التشخيص الإكلينيكي أو التوجيه والإرشاد النفسي. هذا مع اعتسار أن معاملات الثبات اللفظية والعملية والكلية مرضية إلى حد بعيد. ومن الضروري إجراء المزيد من البحوث المنظمة لإثبات (الصدق التنبؤي) للمقياس للأغراض التربوية. وقد أظهرت البيانات المتاحة حالياً أن فروق نسب الذكاء بين مقياس (ويسك) ومقياس (ستانفورد - بينيه) دالة Significant في بعض الأحيان؛ ولكن ينبغي الحذر من استخدام أحد المقياسين بديلاً للآخر.

وكانت حدود نسب الذكاء لمقياس (ويسك) الكلي تتراوح بين (٤٦ - ١٥٤) وهذا يعني أن المقياس لا يكون دقيقاً تماماً في قياس من يقلون أو يزيدون عن هذا المدى وهم بطبيعتهم نسبة قليلة من أفراد المجتمع.

ولا يقتصر المقياس على تقدير نسب ذكاء الفرد فحسب بل يجب على الأخصائي - في اعتقادنا - القيام بإجراء ملاحظات كيفية وكمية أثناء الأداء، فالدرجة المنخفضة في الحساب ليست دوماً ضعفاً ذكائياً كما يشير المدلول الكمي فقد تكون حرماناً من فرصة تربوية متاحة لطبقة معينة في

المجتمع وغير متاحة لأطغال من طبقة فقيرة. وقد تكون عجزاً في (القدرة العددية للطفل) أو سوءاً في أسلوب المدرس أو برامج التعليم المدرسية أو خلاً في حاسة من حواس الطفل.

إن اختصار ويكسلر - في اعتقادنا - يمتاز بثبات وصدق مقبولين؛ وتعتبر معاملات الارتباط بين اختبارات الفرعية ذات ارتباطات موجبة ولكنه يعطينا نسبة ذكاء الفرد بالمقارنة (لن هو في سنه) أو (القدرة العامة) ولكنه (لا يميز بين الأفراد) في كثير من الحالات. فالاتفاق في نسبة الذكاء لا يميز الأشخاص في (المواقف المختلفة) فقد يتفوقون في نواح محدودة جداً؛ ويختلفون في نواح أخرى كثيرة.

إن مقياس ويكسلر في الحقيقة هو مقياس قدرة Ability حيث تزداد البنود صعوبة بالتدرج وهو اختبار سرعة Speed Test لأن السرعة تقدر بدرجات أعلى؛ ورغم الارتباط الموجب العالي بين السرعة والقدرة (Speed and Ability) فإن من الخطأ اغفال البطء في زمن الاستجابة لدى الكبار ممن يتقدم بهم العمر وهذا التناقض بسرعة الاستجابة عند الراشدين لا يعني مطلقاً - في اعتقادنا - (تناقضاً في قوتها) ولذلك يحسب معامل التدهور ويجب دوماً أن يؤخذ بعين الاعتبار. ومن نقاط النقد الموجهة ضد اختبار ويكسلر هو أن حدة البصر لها تأثير بارز في اختبارات ترتيب الصور وتكميلها فضلاً عن (العمى اللوني) كعامل مؤثر في اختبار رسوم المكعبات.

و- في اعتقادنا - أن ثمة حاجة ملحة إلى تعديل شامل في بنود الاختبارات الفرعية لتناسب عند تطبيقها مع (التطور الحضاري) لنفس المجتمع سواء كان بريطانياً أو أمريكياً أو استرالياً للراشدين والأطفال ممن تعتبر اللغة الانكليزية (اللغة الأم) عندهم.

أما قضية ترجمة الاختبار ومحاولات تقنيه على عينات وبيئات عربية فهي عملية نقل حضاري تحتاج إلى الكثير من الدقة والتنقيح ومراعاة الفوارق اللغوية والحضارية ومدلولاتها التي تختلف اختلافاً كلياً من بيئة لبيئة ومن لغة إلى لغة، ومع ذلك فهي خطوة أولية على الطريق الطويل لا بد أن نقابلها بالتقدير والتشجيع والحذر.

أهداف وغايات تطبيق اختبارات الذكاء عند جارفيلد ١٩٥٧

يؤكد العالم (جارفيلد: 1957 Garfield) في كتابه الشهير (مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي^(١)) أن هناك أربعة أهداف رئيسية لتطبيق اختبارات الذكاء المقننة ويمكننا تلخيصها بالنقاط التالية:

١) تقدير المستوى العقلي العام: وهو أكثر الأهداف أهمية بفرض بيان نسبة الذكاء أو العمر العقلي، ويترتب على تحديد القدرة العقلية العامة جوانب تطبيقية متعددة لتوضيح طبيعة مشكلة المفحوص من الوجهة الإكلينيكية، كأن يوجه دراسياً أو مهنيّاً أو لتحديد مستوى التخلف العقلي. وكذلك مدى استعداده لأنواع العلاج المختلفة وأسلوب التعامل معه في العلاج والإرشاد والتوجيه.

٢) دلالات اضطرابات الشخصية: ويظهر ذلك من الأداء - غير المنظم - للمفحوص كالفشل في البنود السهلة، والنجاح في البنود الأكثر صعوبة، والاستجابة الغريبة غير المعتادة، كما تظهر بعض جوانب أخرى مثل ضعف الذاكرة أو فقدانها الوظيفيين أو صعوبة القراءة؛ وفقدان القدرة على الكلام.

٣) دلالات القدرات الخاصة وحدودها: توضح اختبارات الذكاء نوعية القدرات الخاصة التي يتميز بها المفحوص كاللغوية أو الحسابية أو الاستدلال أو الميكانيكية وغيرها، كما يحدد مدى تمكن المفحوص من كل منها. هذا بالإضافة إلى اختبارات الاستعدادات الخاصة بالموضوع لهذا الغرض.

٤) الملاحظة السلوكية في موقف مقنن: إن ملاحظة سلوك المريض في موقف مقنن خاصة إذا طلب الأخصائي الإكلينيكي بعض إيضاحات عن أداء المفحوص في موقف الاختبار فهذا يساعد على فهم المريض كما يظهر بعض المفحوصين تبريراً لاستجاباتهم غير المعتادة وقد يرغبون في الحصول على رضا الأخصائي عن اجاباتهم، والاستمصار في الأداء والتوتر البالغ وتركيز الانتباه وغيرها مواقف يمكن ملاحظتها أثناء التطبيق وهي ذات آثار هامة في التقييم.

ومها اتفق العلماء أو اختلفوا حول أهمية اختبارات الذكاء فهي تبقى - اختبارات ذكاء محدودة - ويصبح مردودها التربوي أكبر من مردودها الإكلينيكي بالمقارنة مع اختبار مانيسوتا والرورشاخ وغيرها^(١٧).

حواشي الفصل الثالث عشر

(١) كان الطبيب د. حسى عمر في مصر أول من طبق اختبارات الذكاء (١٩٢٩)؛ ثم طبقها العالم اسماعيل القنابي على عينة من (٤٠٠) حالة بالتعاون مع العالم (كلاباريد) وتلك خطوة رائدة.

(2) Sundberg, N D. The Practice of Psychological Testing in Clinical Services in the U S A Amer; psychol, 1961, vol 16, pp 79 - 83

(٣) انظر: د. عطوف محمود ياسين: (اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال) ١٩٨١.

(٤) راجع: د. عطوف محمود ياسين: (اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال) ١٩٨١.

(٥) راجع: د. عطوف محمود ياسين: اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال.

(٦) كشفت الدراسات في دراسات التوائم المتأثلة أن معاملات الارتباط بين نسب ذكائها تبلغ (٠,٩٠) وبين غير المتأثلة (٠,٧٠) وبين الإخوة (٠,٥٠) وبين الوالدين والأبناء (٠,٥٠). ويتشابه أفراد الأسرة في درجة ذكائهم ويزداد التشابه كلما ازدادت القراءة.

(٧) راجع مكتبة النهضة المصرية - القاهرة - ١٩٥٦ - مقياس ويكسلر - ملقبو لذكاء الراشدين والمراهقين: ترجمة: لويس مليكة وعما د اسماعيل.
- راجع نماذج التصحيح وحداول الدرجات الموزونة - مطبعة دار التأليف - القاهرة - ١٩٦٠.

(٨) ابتكرت (الاختبارات العملية) كما سنعرضها مفصلاً فيما بعد؛ للتغلب على مشكلات اختبار الصم والبكم والأُميين ودوي العاهات الطقية واللفظية والمفصلين عن الدراسة والمعوقين في القدرة اللغوية وكلهم لا يمكن أن تؤدي (الاختبارات اللفظية) أي فائدة لهم

(٩) وجد العالم (جوديث كروجمان: Judith Krugman) أن معامل الارتباط بين W.C.I.S في جزئه اللفظي وستانفورد - بينيه ٠,٧٤ ، وبين الجزء العملي فيه وستانفورد - بينيه ٠,٦٤ وبينه وبين المقياس ككل ٠,٨٢ .

(١٠) لقد نعدنا أن يكون عرضاً للمثال (عرضاً إكلينيكيّاً) ليحد القارئ والباحث والطالب (صورة عملية للتطبيق) كنموذج للممارسة وبذلك تندمج المعرفة النظرية بالدراسة العملية للحالات .

(١١) يلاحظ من اقتراحات هذا الأخصائي النفساني مدى (حرص) المجتمعات المتقدمة على عدم خسارة الطاقة البشرية حتى لو كانت متحلّفة . ونحن في (العالم الثالث) لم يتكون لدينا الشعور بالاهتمام بالأفراد (العاديين) فضلاً عن إبعاد المتوقّعين والناخبين عن مجالات التوجيه والقيادة . وهكذا تدور عمليات التسمية في بلادنا منذ مئة سنة في حلقات مفرغة حتى نقدر (قيمة الإنسان) كخالق لعملية الإنتاج ، ونموذج يعيش (حالياً) بلا كرامة ، وبلا حقوق .

(12) Hadley, J.M: Clinical + Counselling Psychology, New York, knopf, 1958.

(13) Freeman, F.S: Theory and Practice of Psychological Testing.
New York, Holt Pinehart + Winston, 1962, U S A

★ انظر لوحات الفئات الإكلينيكية المأخوذة عن ويكلر ١٩٥٨ ومليكة : ١٩٦٠

(14) Wechsler, David. The Measurement and the Appraisal of Adult Intelligence. Baltimore, Williams and Wilkins, 1958.

(15) Freeman, F S: Theory and Practice of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962. pp. 335 – 338, U S A.

(16) GARFIELD, S L. Introductory Clinical psychology, New York, Macmillan, Co, 1957.

(١٧) راجع: د. عطوف محمود ياسين. (اختبارات الذكاء تحت مطارق النقد). في كتاب: اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال .

الفصل الرابع عشر

تقييم الشخصية وقياسها

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد...

أولاً- الاختبارات الموضوعية للشخصية:

١- اختبار الشخصية الوبية (كاليفورنيا).

٢- اختبار الشخصية للأطفال (كاليفورنيا).

٣- اختبار الشخصية (برونرويت).

٤- اختبار (مايسوتا) المتعدد الوجوه للشخصية.

ثانياً: الاختبارات الإسقاطية للشخصية:

١- الأساليب الإسقاطية وخصائصها العامة.

٢- اختبار تداعي الكلمات.

٣- اختبار تكلمة الحمل.

٤- اختبار رسم الشخص.

٥- اختبار تعهم الموضوع: (للأطفال والكار).

- ٦ - اختبار الرورشاخ .
- غادح لاستجابات أرمز العثات الإكلينيكية .
- مشكلة (الصدق) في اختبار الرورشاخ .
- دراسات وأساليب لثبات الرورشاخ .
- اختبار الرورشاخ في الميزان .
- تطوير عملي لاختبار الرورشاخ .
- مجهودات آيريك وتسيطاته .
- اختبار هولترمان الجديد لبقع الحبر .
- مصادر هامة للاختبارات الإسقاطية والرورشاخ .

الفصل الرابع عشر:

قياس الشخصية وتقييمها

Personality Assessment

تمهيد:

تعتبر دراسة الشخصية وتقييمها من أبرز مهارات الأخصائي الإكلينيكي لأنها تأتي مباشرة بعد قياس الذكاء من حيث الأهمية والضرورة. وسبدأ من هذا الفصل بالتركيز على أبرز (الاختبارات الموضوعية) للشخصية، ثم نتقل (للاختبارات الإسقاطية):

(١) الاختبارات الموضوعية:

- ١ - اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا)
 - ٢ - اختبار الشخصية للأطفال (كاليفورنيا)
 - ٣ - اختبار الشخصية (برونرويتز)
 - ٤ - اختبار الشخصية المتعدد الوجوه (مانيوتا)
- ويضيّق بنا الحال في عرض اختبارات الميول والاتجاهات والقيم والعلاقات الاجتماعية.

هذا وسنتناول بعدها (الاختبارات الإسقاطية) وغيرها من الأدوات التي تعالج عملية التشخيص والتقييم.

ولعل (الأسئلة الأولية) التي تطرح نفسها أمام الأخصائي منذ البداية تتضمن ما يأتي:

- ١ - ما هي أهم خصائص شخصية المريض؟
- ٢ - ما هي نواحي الانحراف والعلل والمجالات السوية في شخصيته؟
- ٣ - ما هي أهم المشكلات الملحة وأكثرها أهمية؟
- ٤ - ما هي التنبؤات المستقبلية حول التطور النفسي للفرد؟
- ٥ - ما هي أفضل أنواع العلاج الملائم على ضوء نتائج الاختبارات التي أحررت عليه؟ وعلى ضوء دراسة الحالة والمقابلة؟
- ٦ - ما هي الخطة الإجرائية - العملية لمناعة العلاج وتقييمه الدوري؟

ولر يتمكن الأخصائي من تكوين صورة شاملة ومتكاملة لشخصية المريض بسهولة وبساطة لأن (نظريات الشخصية المتعددة) تحتم علينا استخدام (أساليب متعددة) لقياس الشخصية. فنظرية التحليل النفسي تركز على المقابلة الشخصية العميقة؛ أو الاختبارات الإسقاطية: Projective Tests التي تعكس الأبعاد اللاشعورية المؤثرة في السلوك عن طريق إسقاط الفرد لمشاعره ورغباته على الآخرين ومثالنا على ذلك (اختبار تفهم الموضوع) في حين أن نظرية الذات لكارل راجرز تفضل استخدام المقابلة المتمركزة حول العميل؛ والاهتمام بما يذكره العميل:

Client عن نفسه وكذلك تفضل اختبارات مثل (اختبارات الذات) التي تكشف عن مفهوم ونظرة المريض إلى ذاته ومقارنتها بالذات الواقعية والذات المثالية. وهناك أصحاب (نظرية السمات) أو العوامل؛ مثل جوردون آلبرت، وبيرت، وآيزينك هم يفصلون تقييم خصائص الفرد وسماته الداتية عن طريق (اختبارات سمات الشخصية) سواء كانت سوية أو منحرفة.

ويقوم الاختلاف أيضاً بين العلماء على استخدام نوعيات خاصة من الاختبارات في تقييم الشخصية طبقاً لمجالاتهم العملية؛ فالعاملون في ميدان التوجيه التربوي والمهني منهم يهتمون (باختبارات الميول والقيم والاتجاهات) فضلاً عن اختبارات الشخصية. أما الفسائيون العاملون في العيادات والمستشفيات فإنهم يفضلون استخدام الاختبارات الإكلينيكية التي تهتم بالنواحي الباثولوجية أكثر مما تعرض السمات السوية كما يستخدمون أيضاً الاختبارات الإسقاطية.

- وفي تقديرنا - لا بد أن يقوم الأخصائي بدراسة كل نوع من أنواع الاختبارات التي يتناولها دراسة تامة ويجيد تطبيقها، وتصحيحها، وتفسير نتائجها؛ ويعرف معرفة دقيقة مدى ثباتها وصدقها وصلاحياتها للحالة التي بين يديه.

وبعد هذا التمهيد الأساسي سنتناول:

(١) الاختبارات الموضوعية للشخصية بأنواعها: Objective

(٢) الاختبارات الإسقاطية بأنواعها: Projective

(١) الاختبارات الموضوعية للشخصية (عرض ونقد):

مقياس الانحرافات العصائية: (ود وورث Wood Worth ١٩١٧):

يتكون هذا الاختبار من (١١٦) سؤالاً ينتهي كل سؤال بإجابة (نعم أو لا) وقد تمكّن (وود وورث) من عزل المضطربين انفعالياً عن غيرهم بحيث يعملون من الخدمة في القوات المسلحة الأمريكية وسمي هذا الاختبار (صحيفة البيانات الشخصية): Personal Data Sheet ويعترض بعض النفسانيين على هذا النوع من الاختبارات الذي تنتهي عباراته (بنعم أو لا) كاختبار مانيسوتا بأن قيمتها التشخيصية قيمة ضئيلة.

نقد (شافر ولازاروس) Shaffer + Lazarus ١٩٥٢ :

يؤكد العالمان (شافر ولازاروس) في كتابها^(١)، بأنه بأن شفافية الأسئلة في اختبار (وود وورث) وغيره من الاختبارات الموضوعية؛ تتيح للمريض أن يوه الصورة التي يكونها المختص عنه سواء كانت في الجانب الأفضل أو الأسوأ. وأن الاستجابات تعتمد على معرفة الإنسان لنفسه وكيف يتصرّف في المواقف المختلفة. وأن على المريض أن يختار استجابة واحدة (نعم أو لا) وكأنها مفروضة عليه دون أن يتمكن من الإضافة أو التحفظ إزاء بعض الظروف أو المواقف. والاختبار أيضاً يحتاج من الحيب معرفة القراءة معرفة جيدة مع الفهم الدقيق وهذا لا يتوفر لدى عدد كبير من الأفراد العاديين.

وفي معظم - الاختبارات الموضوعية - نجد أن بعض الأسماء التي تطلق على الاختبار أو فروعه لا تنطبق تماماً على محتوياته، بل إن بعضها

يتداخل إلى حد كبير. فقد وجد - على سبيل المثال - في اختبار روبرويتز للشخصية المتضمن أربعة اختبارات فرعية وهي: الميل العصبي - والاكتفاء الذاتي - والانبوائية - والسيطرة؛ أن معاملات الارتباط بين هذه الاختبارات عالية وأن التحليل العاملي أثبت تشع كل الاختبارات المرعية بعاملين هما الثقة في النفس، والمشاركة الاجتماعية.

ويؤكد العقاد بأن هذه - الاختبارات الموضوعية - لا توصل الأسس والدوافع التي تحمل المفحوص يختار إجابة دون غيرها، وهذا بدوره يخفي جاساً حيويّاً في تفسير سلوك المفحوص.

مزايا الاختبارات الموضوعية:

على الرغم من النقد الذي أثير حول - الاختبارات الموضوعية - فإن هنالك مزايا لها يمكن تلخيصها بما يأتي:

١ - اقتصادية وقليلة التكاليف والجهد لأنها تطبق على أساس جماعي ولأعداد كبيرة فهي تختصر الزمن والجهد والتكلفة.

٢ - تعتبر نسبياً حيادية وموضوعية حيث لا يتمكن الأحصائي من التدخل بآرائه وسلطته وأحكامه، وتظهر موضوعيتها حين تقارن بالأساليب الأخرى في تقييم الشخصية.

٣ - بسيطة التطبيق والتصحيح والتفسير ويمكن لتصحيحها استخدام الحاسب الاليكتروني (الكومبيوتر).

٤ - تستخدم هذه النوعية من الاختبارات في بداية التشخيص أو العلاج كمقدمة لتكوين (علاقة طيبة) بين الماحص والمفحوص.

٥ - تساعد على الكشف السريع لكثير من النواحي وتمكننا من التنبؤ المضبوط إلى حد كبير.

(١) اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا): ١٩٥٢ :

هاريسون. ج. غوف : Harrison. G. Gough

قام (هاريسون. ج. غوف) بإعداد هذا الاختبار منذ عام ١٩٥٢ ونشر هذا الاختبار للتطبيق العملي عام ١٩٥٧ وتمت آخر مراجعة له عام ١٩٦٩^(٢، ٣). وقد أعد الاختبار للتطبيق على الأسوياء بين السن (١٢ - ٧٠) للكشف عن خصائص الشخصية؛ وعدد بنود الاختبار (٤٨٠) بنداً؛ وتصحح ألياً وتصنف (مطلقاً لا إحصائياً)؛ وقد انضح بعد ذلك ملاءمة الاختبار للتطبيق في محلات أخرى مثل (الجنح وذوي الميول اللاإجتماعية). وتنقسم مقاييسه إلى أربعة أقسام:

(١) مقياس العلاقات الاجتماعية: ويتضمن ستة أبعاد:

١ - السيطرة: (Do) Dominance

٢ - القدرة على بلوغ المكانة الاجتماعية: (Cs) Capacity For Status

٣ - الميل الاجتماعي: (Sy) Sociability

٤ - الحضور الاجتماعي: (Sp) Social Presence

٥ - تقبل الذات: (Sa) Self Acceptance

٦ - الشعور بالسعادة والرضا النفسي: (Wb) Sense of Well-Being

(٢) مقياس المسؤولية والنضج الاجتماعي: ويتضمن أيضاً ستة أبعاد:

١ - المسؤولية: (Re) Responsibility

٢ - المجازاة والنضج الاجتماعي: (So) Socialization

٣ - ضبط الذات - التحكم في النفس: (Se) Self Control

٤ - التسامح: (To) Tolerance

٥ - إظهار الذات في صورة مقبولة اجتماعياً: (Gi) Good Impression

٦ - مجازاة النمط الاجتماعي الشائع: (Cm) Communality

(٣) مقياس القدرة على التحصيل والكفاية العقلية: ويتضمن ثلاثة أبعاد:

١ - إجادة الإنجاز: (Ac) Achievement Via Conformance

٢ - الاستقلال في الإنجاز: (Ai) Achievement Via Independence

٣ - الكفاية العقلية: (Ie) Intellectual Efficiency

(٤) مقياس المزاج النفسي والميول:

ويتضمن أيضاً ثلاثة أبعاد:

١ - العقلية السيكلوجية (Py) Psychological Mindedness

٢ - المرونة: (Fx) Flexibility

٣ - الأنوثة: (Fe) Femmininity

وجدير بالذكر أن نشر أن كثيراً من بنود هذا الاختبار تم اختيارها من (اختبار مانيوتا) المتعدد الوجوه. والإجابة فيه كما هي في مانيوتا اختبار بين (نعم أو لا) ويستغرق الاختبار بين (٤٥ - ٦٠) دقيقة عموماً^(١).

ويوجد لهذا الاختبار (مبيان نفسي ومعايير) Profile And Norms فقد طبق على (٦٠٠٠) من الذكور و (٧٠٠٠) من الإناث. وقد أجريت معاملات ثبات للمقاييس بطريقة إعادة تطبيق الاختبار، وكانت المدة الزمنية بين التطبيق الأول والثاني (سنة) وتراوحت (معاملات ثبات المقاييس) بين ٠,٥٧، ٠,٧٧ (طلاب ثانوي ن = ١٠١، طالبات ثانوي ن = ١٢٥).

أما (معاملات الصدق) لمقاييس الاختبار فقد أجريت مرات عدة. وكانت محكات الصدق تناسب كل مقياس على حدة، ومنها تقديرات الرؤساء والمدرسين والزلاء والأخصائيين النفسيين المهيين.

(٢) اختبار الشخصية للأطفال (كاليفورنيا):

يهدف اختبار الشخصية للأطفال: California Test of Personality إلى تحديد أهم نواحي الشخصية عند الأطفال - فيما عدا - الاستعدادات العقلية، والتحصيل الدراسي، والمهارات التعليمية والمهنية المكتسبة من الأسرة أو المدرسة.

وقد قام بوضعه عام ١٩٤١ تايفس وكلاارك وثورب: (٥) Tiges, Clark and Thorpe 1941 ويكشف الاختبار عن أبعاد (التكيف العام) الشخصي والاجتماعي:

(١) التكيف الشخصي: Self- Adjustment ويتضمن:

- ١ - اعتماد الطفل على نفسه: Self- Reliance
- ٢ - إحساس الطفل بقيمته: Sence of Personal Worth
- ٣ - شعور الطفل بحريته: Sence of Personal Freedom
- ٤ - شعور الطفل بالانتماء: Feeling of Belonging
- ٥ - التحرر من الميل للانفراد: Withdrawal Tendencies
- ٦ - الخلو من الأعراض المصاحبة: Nervous Symptoms

(٢) التكيف الاجتماعي: Social Adjustment ويتضمن:

- ١ - المستويات الأخلاقية الاجتماعية: Ethical Standards
- ٢ - المهارات الاجتماعية: Social Skills
- ٣ - التحرر من الميول المضادة للمجتمع: Anti-Social Tendencies
- ٤ - العلاقات في الأسرة: Family Relations
- ٥ - العلاقات في المدرسة: School Relations
- ٦ - العلاقات في البيئة المحلية: Community Relations

الثبات والصدق:

وقد طبق الدكتور عطية محمود هنا الاختبار في جمهورية مصر العربية

وتوصل إلى معاملات الثبات على السنين والبنات ($n = 568$) أعماهم بين (٩ - ١٢ سنة) وتراوحت النسب بين ٠,٨٩, ٠,٧٦ ومتوسطها يبلغ ٠,٨٤ بطريقة (كودر - ريتشاردسون).

أما بالنسبة لصدق الاختبار فقد أشارت دراسة ارتباطية لدرجات بعض أجزاء الاختبار وتقديرات المدرسين وتراوحت المعاملات بين ٠,٣٠, ٠,٧٨ وأثبتت دراسة الدكتور أحمد غالي وجود علاقة بين اختبار الشخصية للأطفال (الدرجة العالية تشير للتكيف العام) واختبار الصحة النفسية (الدرجة العالية تشير إلى الانحراف ($n = 24$) وبلغ معامل الارتباط (- ٠,٦٥) مما دل على صدق الاختبار اعتماداً على محكات خارجية.

ويطبق الاختبار (جماعياً وفردياً) لأهداف إرشادية وتربوية للمعلمين؛ حيث يساعدهم على توجيه التلاميذ.

(٣) اختبار الشخصية (بيرنرويتز)

The Bernreuter Personality Inventory 1944

يتكون هذا الاختبار من (١٢٥) سؤالاً تنتهي بإجابة (نعم أو لا) ويوجد احتمال ثالث لمن يتردد على شكل إشارة استفهام (?). وفي المقياس أربع سمات لقياس الشخصية وهي: (١)

١ - الميل العصبي: Neurotic Tendency

٢ - الاكتفاء الذاتي: Self- Sufficiency

٣ - الانطواء - الانبساط : Introversion- Extroversion

٤ - السيطرة - الخضوع : Dominance - Submission

وقد أضاف العالم (فلانجان Flanagan) مقياسين آخرين هما :

٥ - الثقة بالنفس : Self Confidence

٦ - المشاركة الاجتماعية : Sociability

وقد أكدت الدراسات وجود معاملات ارتباط عالية بين أجزاء هذا الاختبار تقدر بين (٠,٨٠ - ٠,٩٠) وقد استخرج الدكتور نجاتي المعايير لهذا الاختبار لتطبيقها على طلبة المدارس الثانوية والجامعية.

(٤) اختبار مانيسوتا المتعدد الوجوه : M. M. P. I

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

وضع هذا الاختبار (هاثاوي وماكنلي |Hathaway, S. R| and |Mckinley, J. C|) ويعتبر اختبار مانيسوتا من أكثر استبيانات الشخصية انتشاراً في المجال الإكلينيكي؛ وأكثرها شيوعاً في المستشفيات والعيادات^(٧). ولهذا فإننا سنوجه إليه اهتماماً خاصاً.

يبلغ عدد عبارات هذا الاختبار (٥٥٠) عبارة تنتهي كل عبارة (نعم أو لا) ولا يوجد احتمال ثالث. وتنقسم مقياسه إلى قسمين: مقياس الصدق - كضوابط أربعة - والمقاييس الإكلينيكية التي تتضمن عشرة أبعاد وهي:

المقاييس الإكلينيكية (مانيسوتا): وتتضمن عشرة مقاييس:

- ١ - نوحه المرض (ه س) Hypochondriasis (H S)
 - ٢ - الانقباض (د) Depression (D)
 - ٣ - الهستيريا (ه ي) Hystria (H Y)
 - ٤ - الانحراف السيكوباتي (ب د) Psychopathic Deviate (P D)
 - ٥ - الذكورة والأنوثة (م ف) Masculinity - Femininity (M F)
 - ٦ - البارانويا (ب أ) Paranoia (PA)
 - ٧ - السيكاثينيا (ب ت) Psychasthenia (P T)
 - ٨ - الفصام (س ك) Schizophrenia (S C)
 - ٩ - الهوس الخفيف (م أ) Hypomania (M A)
 - ١٠ - الانطواء الاجتماعي (عنصر س ي) Social Introversion (S I)
- أما (مقاييس الصدق) فهي أربعة:
- ١ - مقياس ؟ (عدم إمكانية الإجابة).
 - ٢ - مقياس ل (الكذب): Lying
 - ٣ - مقياس (ف) الخطأ: Validity
 - ٤ - مقياس (ك) التصحيح: Correction

وقبل أن نتعرض بشيء من التفصيل إلى كل من المقاييس السابقة؛ فإننا نود أن نشير إلى أن العلماء النمانيين أمثال ويلش ودالستروم وغيرها استخرجوا (سبعة مقاييس فرعية) من اختبار مانيسوتا نوحزها بما يأتي: (٨)

١ - سوء التوافق العام (G M) General Maladjustment

٢ - المكامة الاجتماعية (S T) Social Status

٣ - التحامل (الحكم المسبق) (P R) Prejudice

٤ - السيطرة (D E) Dominance

٥ - قوة الأنا (E S) Ego Strength

٦ - ضبط التوافق النفسي (C N) Control In Psychological Adjustment

٧ - الذيلية بالمخ (CA) Caudality

تحليل مقاييس مانيسوتا:

المقاييس الإكلينيكية:

(١) توهم المرض:

إن المصاب بهذه الظاهرة يشكو غالباً من آلام واضطرابات يصعب وضوحها - ولا يوجد لها أساس عضوي، ومن أمثلة العبارات الخاصة بهذه الناحية في الاختبار:

- أشعر بآلام في صدري أو قلبي .
- أشعر أحياناً بضيق في النفس .
- تؤلمني عيني إذا قرأت فترة طويلة .

(٢) الانقباض: يعاني المصابون بهذه الظاهرة من القلق وعدم الثقة بالنفس والانطواء وضيق في الاهتمامات؛ ومنهم من يعاني حالات الجنون الدوري؛ ومن أمثلة العبارات الخاصة بهذه الناحية في الاختبار:

- الحياة لا قيمة لها بالنسبة لي .
- لا أهتم بما يدور حولي .
- أشعر عادة بالحزن مهما يكن العمل الذي أقوم به .

(٣) المستريا: وتأخذ أعراض هذه الظاهرة صورة شكاوى عامة منتظمة أو شكاوى أكثر تحديداً وتخصيصاً مثل الشلل، والتقلصات، والاضطرابات المعوية أو الأعراض القلبية. ويعتبر الأفراد الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس معرضين لنوبات مفاجئة من الضعف، والإغماء، أو حتى ما يشبه نوبات الصرع. ويتصفون بكثرة الكلام والصراخ والمخاطرة والميل للود والقلق. ومن أمثلة الأسئلة في الاختبار حول هذه الظاهرة:

- أبكي أحياناً دون سبب .
- أشكو من القيء والغثيان .
- أشعر بسخونة تم جسمي فجأة دون سبب ظاهر

(٤) الانحراف السيكوباتي: يتصف المصابون بهذه الحالة بنقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وفي عدم القدرة على الإفادة من الخبرة، وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية كما في الكذب والسرقة والإدمان على الكحول أو المخدرات والشذوذ الجنسي. وهم يختلفون عن فئة المجرمين - ومن أمثلة المبارات في الاختبار لقياس هذا الحالة:

- قلما أشعر بأنني لا أستطيع أن أنفذ رغباتي.

- لا يهمني ما يظنه الناس عني.

- أتحمل المسؤولية مدة طويلة ولكنني أنفض يدي منها فجأة.

(٥) الذكورة والأنوثة: تدل الدرجة المرتفعة على انحراف في نط الاهتمام الرئيسي في اتجاه الجنس الآخر وقد يكون هذا الانحراف الجنسي صريحاً أو مكبوتاً. ومع ذلك فالجنسية المثلية لا يسلم بها إلا إذا توافرت الأدلة الأخرى على ذلك. ويقتصر التفسير على قياس السمعة العامة للاهتمام:

- أحب جمع الزهور وتربية النباتات.

- أتمنى لو كنت أوسم مما أنا عليه.

- أحب أن أشتغل بالتمريض.

(٦) البارانونيا: ويَّسم المصاب بها بالتشكك والحساسية الزائدة وبهواجس الأخطاء. كما يأخذ المريض ملاحظات الآخرين مأخذاً جدياً ومؤلاً له. ويشعر دوماً بضغط العمل والمسؤولية عليه؛ وتحيط به هواجس الاضطهاد والغيرة والشعور بظلم الناس له. والمصاب لديه طيبة قلب وأوهام. ومن

أمثلة العبارات الواردة في الاختبار والخاصة بهذه الحالة ما يلي:

- أشعر أن شخصاً يدفعني للقيام بعمل - ما - عن طريق التأثير بي.

- أعتقد أن هناك من يتتبعني.

- لو لم يضر لي الناس العداوة لكنت أكثر نجاحاً.

(٧) الكاثينيا: إن المصاب بهذه الحالة يعاني من المخاوف المرضية أو السلوك القهري ويكون ذلك صريحاً مثل (تكرار غسل اليدين)؛ أو ضمناً مثل (عدم القدرة على التخلص من الفكرة المتسلطة) كما يعاني من مواقف ومخاوف غير معقولة. ويتصف المصابون بالمسألة والحساسية والقلق والعاطفية والفردية. ومن أمثلة الأسئلة الخاصة بهذه الحالة:

- إنني قليل الثقة بنفسي.

- أخاف من أشياء لا يمكن أن تضرني.

- تنابني أحياناً نوبات من الضحك والبكاء لا أستطيع مقاومتها.

(٨) الفصام: يتصف المصاب بهذه الحالة بالتشويش الفكري والسلوك الخلطي الشاذ وظهور هواجس وهلوسات سمعية وبصرية ورغبة في الانعزال عن المجتمع ووجود بلادة انفعالية وخول عاطفي. ومن أمثلة الأسئلة الخاصة بهذه الحالة هي: ^(١)

- أجد صعوبة في تركيز تفكيري.

- يبدو أن عقلي يعمل ببطء.

- يضايقني الأشخاص الذين يراقبونني في الشارع.

(٩) الهوس الخفيف: يتسم سلوك هؤلاء الأفراد بالنشاط الزائد - غير الاعتيادي - في الفكر وفي العمل ويقعون عادةً في المشاكل لأن نشاطهم وحاستهم يدفعانهم للقيام بالكثير من الأعمال الخاصة بهم وبغيرهم وغالباً ما يصطدمون مع الناس لمحاولاتهم إصلاح المجتمع. وسرعان ما تنطفئ حاستهم لمشروعاتهم بعد فترة من الزمن. ومن أمثلة العبارات الواردة في الاختبار والخاصة بهذه الحالة:

- أشعر برغبة في القيام بعمل مثير حين ينتابني السأم.
- تتوارد الأفكار في ذهني بأسرع مما أستطيع أن أعبر عنه.
- قابلت مشكلات لها حلول كثيرة بدرحة لم أستطع أن أقرر.

(١٠) الانطواء الاجتماعي: ويميل الفرد المصاب بهذا المرض إلى الابتعاد عن الناس، وعدم إيجاد صلات اجتماعية؛ والابتعاد عن الاشتراك في أوجه النشاط المختلفة التي يشترك فيها مجموعات من الناس. ومن العبارات الواردة في هذا الاختبار حول هذه الحالة:

- أتحاشى الجماهير قدر إمكاني.
- أبذل مجهوداً كبيراً لأخفي خجلي.
- أجد صعوبة في اقتراح موضوعات للحديث.

مقاييس الصدق (كضوابط):

(١) مقياس (?) عدم الإجابة: يحسب هذا المقياس بعدد العبارات التي لم

يستطع المفحوص تحديد رأي بشأنها (بنعم أو لا) وتوضع في فئة (لا يمكن التحديد).

(٢) مقياس الكذب (ل): ويتكون من (١٥) عبارة؛ والدرجة المرتفعة تدل على أن الفرد قد زُيِّف استجابته ليعطي عن نفسه انطباعاً طيباً ويجعل نفسه مقبولاً اجتماعياً والدرجة المنخفضة تدل على الصدق - وهذا عكس المألوف - والأمثلة هي:

- لا أقول الصدق دائماً.

- ينتابني الغضب أحياناً.

- أؤجل إلى الغد ما يجب أن أعمله اليوم.

فإجابة (لا) تعد تزيفاً لهذه العبارات الثلاث؛ بينما (نعم) تُحسب صدقاً لأنها عبارات تحصل عادة عند كل إنسان.

(٣) مقياس الخطأ (ف): وهدفها مراجعة الاستجابات على الاختبار كله وهي تكشف عن عدم الاهتمام أو عدم الفهم. والدرجة المنخفضة تدل على الفهم وحسن الاستجابة واهتمام الجيب؛ بينما الدرجة العالية تدل على العكس.

(٤) مقياس التصحيح (ك): وهو يرتبط بمقياس الخطأ والكذب (ف و ل) وغايته العمل على زيادة صدق المقاييس الأخرى كعامل.

وقد أكد مؤلفا الاختبار في كراسة التعليقات أن الدرجة العالية على المقياس تمكننا من صدق التنبؤ في التشخيص الإكلينيكي النهائي لدى أكثر

من ٦٠٪ من الحالات النفسية الجديدة وتعتبر هذه النتيجة نتيجة طيبة عموماً. أما من حيث الثبات فقد قرر المؤلفان أن مفهوم الثبات إحصائياً لا يتفق مع طبيعة الاختبار للتذبذب في استجابات الحالات المرضية، ومع ذلك فقد كانت معاملات الثبات بإعادة التطبيق تتراوح بين ٠,٧١ و ٠,٨٣ وهي معاملات مرضية في قياس الشخصية.

Projective Test of (٢) الإسقاطية للشخصية: Personality

تمهيد:

يعتبر كتاب العالمين (باب وسكات)^(١) من أهم المصادر العلمية التي أسهمت في بحث الاختبارات الإسقاطية.

إن الاختبارات الإسقاطية ليست مقاييس سيكومترية Psychometric وإنما هي عبارة عن موقف مثير على شكل (جملة أو صورة) يتميز بأعلى درجة من الغموض ونقص التكوين، يتعرض له المفحوص فيستجيب استجابة يستطيع من خلالها الفاحص اكتشاف جوانب مختلفة من شخصية المفحوص؛ وتشير هذه الجوانب إلى أفكار المفحوص ودوافعه ومفاهيمه ووجداناته ودفاعاته ورغباته وإحباطاته وهكذا يصبح الموقف المثير في هذه الاختبارات الإسقاطية عبارة عن ستر يسقط عليه المفحوص Projects حياته الداخلية. والإسقاط عملية لا شعورية يمسك المرء خلالها مشاعره وإدراكاته واتجاهاته أو كتابة المذكرات بواسطة الجمل الناقصة أو

بفع الخبر او تداعي الكلمات أو الرسوم أو كتابة المذكرات والقصة وغيرها؛ مما لا يمكن بيانه بواسطة الاختبارات الموضوعية.

[١] الأساليب الإسقاطية: Projective Methods

يشير د. سلامة (١٩٥٦) بأنه من الأمور التي تنفرد بها الاختبارات الإسقاطية أن الموقف المثير فيها مائع ناقص التكوين والتحديد وأنه لا توجد استجابة صحيحة وأخرى خاطئة وهذا ما يشجع المفحوصين للاختلاف في الاستجابة. وهنا تظهر (الفروق الفردية) بين المفحوصين بمقدار ما بينهم من تفاوت في التجارب والخبرات. وهي لا تقيس جزئيات في الشخصية وإنما تحاول قياس الشخصية بأكملها. فهي بذلك تسير مفهوم النظرية الحويوية الكلية: The Global Organismic Theory.

وهي التي ترى أن الكل لازم لفهم الأجزاء لزوم الأجزاء لفهم الكل. ويمكننا تلخيص خصائص الاختبارات والأساليب الإسقاطية بالنقاط التالية:

١ - إن الموقف المثير الذي يستحيب له الفرد غير متشكل، وناقص التحديد وأن ذلك من شأنه أن يقلل من التحكم الشعوري للفرد في استجاباته مما يترتب عليه سهولة الكشف عن شخصيته.

٢ - إن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس المظاهر السطحية للشخصية بل إنها تتغلغل في شخصية المفحوص - بشكل غير مباشر - إلى التنظيم الأساسي للشخصية والديناميكيات المؤثرة في هذا السلوك الظاهري.

٣ - إن الفرد لا يدرك طريقة تقدير استجاباته ولذلك فإنه يكشف

عن نفسه بسهولة ودون محاولة إخفاء شخصيته أو بعض نواحيها عن المختبر.

٤ - إن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس النواحي الجبرئية من الشخصية ولكنها تحاول أن ترسم صورة للشخصية ككل من حيث مكوناتها أو العلاقات الديناميكية بين هذه المكونات.

٥ - إن الاستجابات لا تقدر من ناحية أنها صواب أو خطأ ولكنها تقيم من ناحية دلالاتها على شخصية المفحوص على اعتبار أنها إسقاطات لمشاعره ورغباته ومشكلاته على مدرك خارجي وهو مواد الاختبار^(١١).

ويؤكد العالم (نوتكات Notcutt) أن الفموض في الاختبار الإسقاطي يعتبر من أشد المخاوف إثارة عند المفحوص. فيقول: «... إنه كلما قل حظ المثير من التكوين والوضوح انفسح المجال للتعبير عن الذات وتمددت أنواع الاستجابات الممكنة؛ وقلَّ تقييد المفحوص بالواقع الخارجي أو الحقيقة الخارجية وأصبحت الاستجابة تعبيرية: Expressive أكثر منها موضوعية أو تكيفية: Objective Or Adaptive.

ويشير د. سلامة إلى بعض النقاط النقدية التي وجهها (كاتل) للاختبارات الإسقاطية التي يعتبرها نوعاً من الخطأ في الإدراك:

Misperception Or Distortion Of Perception

ويحدد أسبابه بالآتي:

١ - تفاوت الأفراد في الذكاء والقدرات الحسية.

٢ - تفاوت الأفراد في القدرة على التركيز نتيجة تفاوتهم في الخبرات ودرجة احتفاظهم بها.

٣ - تفاوت الأفراد في خبراتهم الانفعالية السابقة وفي تكوينهم الديناميكي الحالي.

الصدق والثبات في الأساليب الإسقاطية:

تختلف آراء النفسانيين بصدد الصدق والثبات في الأساليب الإسقاطية؛ فالبعض يرى ضرورة إخضاعها للإجراءات المعتادة في القياس النفسي والتحقق من صدقها وثباتها التزاماً بالموضوعية التي ينبغي توافرها في كل الأقيسة النفسية الكمية.

ويرى البعض الآخر أن هذه الأساليب ذات طبيعة خاصة فهي تعطي ما لا تعطيه الاختبارات الأخرى من كشف لجوانب غامضة لدى الفرد كالذوافع والمدركات والاتجاهات والأفكار التي قد لا يود الفرد أن يبينها في اختبار مباشر، وحيث أن غرض الاختبارات الإسقاطية هو غرض إكلينيكي فلا ضرورة توجب التحقق من صدقها. ويؤكد د. سلامة (١٩٥٦) بأن الاستجابات الحرة لا يمكن أن تقدر تقديراً كمياً.

ملاحظات سلامة حول صدق الاختبارات الإسقاطية^(١٣)

أعطى د. سلامة بعد تطبيقه لاختبار (تفهم الموضوع) على حالات مصرية عدة ملاحظات تشير إلى مدى صدق الاختبارات الإسقاطية؛ ويمكننا عرضها كما يأتي:

١ - درس (ربابورت وجيل وشافر) التشخيص السيكياتري على مجموعات إكلينيكية كالاكتئاب وفصام البارانونيا وطبق اختبار (تفهم

الموضوع) على المفحوصين؛ وقورنت استجاباتهم مع استجابات مجموعة ضابطة وذلك لاختبار صدق العلاقات المختلفة التي تعتبر دليلاً على المرض .

٢ - تطبيق اختبار إسقاطي وتفسيره ومقابلة التفسير بما يعرفه أحد المقرّبين عن شخصية المفحوص .

٣ - تطبيق اختبار إسقاطي وإعطاء الاستجابات لعدد من المصرين، ومقابلة التفسيرات المختلفة، وتحليل كل مفسر لشخصية المفحوص لمعرفة مقدار التوافق والاتفاق بين المفسرين .

٤ - طريقة المضاهاة أو المقابلة وفيها يطبق الاختبار الإسقاطي على عدد من المفحوصين وكتابة التفسيرات وتقديمها مع وصف شخصية كل مفحوص بمهولة الاسم إلى بعض الحكمين ويطلب منهم مقابلة كل تفسير بكل وصف للشخصية. كما يمكن إجراء المقابلة بين نتائج تفسير اختبارين إسقاطيين كاختبار تداعي المعاني واختبار الرورشاخ على سبيل المثال .

٥ - طريقة التنسؤ، وهي أفضل وأقل انتشاراً، وخلاصتها أن يطلب إلى المحكم أن يدلل على علمه بالمفحوص بأن يتنبأ بنوع الاستجابات التي يستجيب لها ذلك المفحوص لو أنه وضع في موقف لا يسمح إلا بعدد محدود من الاستجابات، ثم يعرض المفحوص فعلاً للموقف ويقارن بين الاستجابات كما وقعت وبين الاستجابات كما تنبأ بها المحكم، ويقاس الفرق .

تصنيف ليندزي للوسائل الإسقاطية: (١٣):

يقسم العالم (ليندزي: Lindzey 1959) الأساليب الإسقاطية إلى خمسة أنواع طبقاً (لنمط الاستجابة) وهي:

(١) أساليب التداعي : Association Techniques

يستجيب المفحوص للمثير بكلمة أو صورة أو مدرك . والعلاقة واضحة بين هذه المجموعة من الأساليب؛ والتداعي الحرّ في التحليل النفسي، ومن أمثلتها اختبار تداعي الكلمات، واختبار الوروشاخ.

(٢) أساليب التكوين : Construction Techniques

إن الاستجابة هنا تكون ناتجة عن نشاط معرفي أو تكويني معقد. ومثالها أن يكون المفحوص قصة حول صورة تعرض عليه كما هي الحال في (اختبار تفهم الموضوع).

(٣) أساليب الإكمال : Completion Techniques

يطلب من المفحوص فيها أن يكمل بعض المثيرات غير التامة مثل: أصل جملة أو بداية قصة، مثل: اختبار (روتر) لتكملة الجمل الناقصة واختبار (رود) واختبار (لافيندجر).

(٤) أساليب الاختبار والتنظيم : Choice Or Ordering Techniques

وفيها يقدم إلى المفحوص عدد من المثيرات، ويطلب منه أن يختار واحداً أو أكثر من البدائل Alternative على أساس التفضيل؛ أو تنظيمها في نظام تتابع محدد ومن أمثلة ذلك (اختبار تنظيم الصور عند استخدامه إسقاطياً).

(٥) أساليب التعبير: Expressive Techniques

تستخدم هذه الأساليب لغايات تشخيصية وعلاجية. ومن هذه الأساليب الرسم بالخطوط أو بالألوان، واللعب، والدراما النفسية: Psycho- Drama; وسنعرض فيما يأتي أبرز الاختبارات الإسقاطية مع التركيز على قيمتها الإكلينيكية.

[٢] اختبار تداعي الكلمات: Word Association Test

يعتبر (يونغ Jung ١٩١٠) أول من استخدم هذا الأسلوب لأهميته تحليلياً وإكلينيكياً. وكانت قائمة يونغ مؤلفة من ١٠٠ كلمة وقام بتعديلها العالمان (كنت ورازانوف C. H. Kent + A. J. Rosonoff)

ويقراً الأخصائي للمفحوص قائمة من كلمات؛ ويطلب منه أن يذكر من عنده (كلمة مرادفة لكل كلمة يقرأها له). وتعتبر (السرعة The Speed) الزمنية ضرورية ويقوم الأخصائي بتسجيلها. ويسجل أيضاً ظاهرة التوقف والبطء أثناء الاختبار وكذلك حركات المفحوص وإشاراته. وقد أمكن حصر (اضطرابات التداعي) في التوقف عن الاستجابة، وتسمية الأشياء الموجودة بالفرقة، وتكرار نفس الكلمة أو تقديم صغات للكلمات المثيرة، والاستمرار في تقديم نفس الاستجابة، والخطأ في سماع الكلمة لصعف السمع أو عدم الفهم، والاستحالة المستدلة والانفعالية، وعدم معرفة معنى الكلمة. وسنعرض (قائمتين) كمثال لهذه الكلمات في جدول (٢٠) و (٢١):

جدول رقم (٢٠)

مثال: قائمة تداعي الكلمات

قائمة (كنت - روزانوف) - مأخوذة من يونغ.^(١١):

١ - مائدة	١٣ - ظلام	٢٥ - موسيقى	
٢ - جبل	١٤ - منزل	٢٦ - أسود	٣٧ - خروف
٣ - مريح	١٥ - يد	٢٧ - قصير	٣٨ - فاكهة
٤ - فراشة	١٦ - لبس	٢٨ - أمر	٣٩ - كرسي
٥ - حلو	١٧ - صفارة	٢٩ - امرأة	٤٠ - بارد
٦ - بطيء	١٨ - عالي	٣٠ - عامل	٤١ - حامض
٧ - أرض	١٩ - مشكلة	٣١ - جندي	٤٢ - حصان
٨ - شاق	٢٠ - نسر	٣٢ - معدة	٤٣ - جذع
٩ - مصباح	٢١ - حلم	٣٣ - أصغر	٤٤ - خبر
١٠ - عدالة	٢٢ - ولد	٣٤ - ضوء	٤٥ - صحة
١١ - تورا	٢٣ - ذاكرة	٣٥ - قطيع	٤٦ - حمام
١٢ - كوخ	٢٤ - رشيق	٣٦ - مرض	

جدول رقم (٢١)

قائمة: جيل ورايا بورت مأخوذة من شافر:

١ - عالم	١٣ - حب	٢٥ - أب	٣٧ - عطاء رأس	٤٩ - صدر
٢ - سائر	١٤ - حقيبة ملابس	٢٦ - شراب	٣٨ - حفلة	٥٠ - عملية التبريز
٣ - كتاب	١٥ - مصاح	٢٧ - سعادة	٣٩ - كرسي	٥١ - صديق فتاة
٤ - قضيب رجل	١٦ - ظلام	٢٨ - مكتب	٤٠ - ربيع	٥٢ - صحن
٥ - انتحار	١٧ - جبل	٢٩ - مرل	٤١ - ورقة	٥٣ - حسي مثلي
٦ - مدفأة	١٨ - صديقة شاب	٣٠ - شاة	٤٢ - اسماء	٥٤ - إطار
٧ - رجل	١٩ - نشوة جسدية	٣١ - سيما	٤٣ - قطع	٥٥ - صحن
٨ - عص	٢٠ - امرأة	٣٢ - رفص	٤٤ - كلب	٥٦ - انة
٩ - سيارة أجرة	٢١ - أم	٣٣ - مائدة	٤٥ - لحم مقري	٥٧ - حلقة الثدي
١٠ - ساق	٢٢ - ماء	٣٤ - مص	٤٦ - حصان	٥٨ - بيران
١١ - مرج امرأة	٢٣ - مزرعة	٣٥ - احتاعي	٤٧ - إيس	٥٩ - ضرائب
١٢ - نبع	٢٤ - مدينة	٣٦ - جاع	٤٨ - منشمى	٦٠ - طيب

[٣] اختبار تكميل الجمل:

يقدم للمفحوص في هذا الاختبار (الأحرار الأولي) من عدة جمل ويطلب منه استكمالها. ويستطيع الأخصائي صياغة الممارات طبقاً للغرض الذي يريد الوصول إليه.

ويذكر العالمان (شافر ولازاروس: Schaffer + Lazarus) أن ثبات عمل هذه الاختبارات مناسب في عدد من الدراسات التي طبقت اختبارات تكميل الجمل. ولكن رغم استخدام هذه الاختبارات في المجال الإكلينيكي إلا أنه لا يكفي بمفرده كأداة للتشخيص الإكلينيكي الفارق.

ومن نماذج اختبارات تكميل الجمل ما يأتي:

١ - اختبار (رود) لتكميل الجمل^(١٥) Rhode's Sentence Completion Test

٢ - اختبار (روتر) للجمل الناقصة^(١٦):

Rotter Incomplete Sentence Blank

٣ - اختبار (لافينجر) لتطوير الذات^(١٧):

Loevinger Sentence Completion Test.

ومن أمثله إتمام الجمل التالية:

١ - الرجل يشعر بسعادة عندما.....

٢ - المرأة تشعر بسعادة عندما.....

٣ - مشكلتي الوحيدة هي.....

٤ - الانتحار في بطري.....

٥ - أسوأ شيء لدى الرجل.....

- ٦ - ضميري يؤنني عندما.....
- ٧ - إذا تجنّوي فإنني.....
- ٨ - أنا في ذروة السعادة عندما.....
- ٩ - الجنس في نظري.....
- ١٠ - المال في نظري.....
- ١١ - الحياة هي.....
- ١٢ - الأب العظيم هو.....

استجابات تعكس حالات قلق ومخاوف وأسف:

- ١ - أعصابي..... مرهقة ويدياي ترتعشان.
- ٢ - آسف..... على أنني ولدت في هذا الوجود.
- ٣ - فشلت..... مرات عديدة وسيطر علي اليأس.
- ٤ - المستقل..... أراه مظلماً أمامي.
- ٥ - أنا..... أشعر بأن شيئاً يطاردي دوماً.

استجابات تعكس حالات متطرّفة:

- ١ - أمي سيّدة مثالية ومخلصة.
- ٢ - أبي شديد القوة ومتسلط.

٣ - معظم الفتيات لا يردنني .

٤ - معظم الرجال يفكرون أن النساء خائفات .

٥ - معظم النساء يفكرن أن الرجال أنانيون .

وقد أوضح العالمان هفمان وجترلر Hanfman + Getzels أن هذا الأسلوب أسلوب يتوسط بين الأساليب الإسقاطية واختبارات الشخصية (الاستفتاءات والاستعلامات) Questionnaires Inventories.

وقد توصل (روتر ١٩٥٣ : J. B. Rotter) إلى وسيلة كمحك تصحيح وفئات واستجابات محددة؛ ويمكن حساب درجة توافق كلية وضعها في كراسة تعليقات استمارة العبارات الناقصة: Incomplete Sentences Blank.

٤ - اختبار رسم الشخص^(١٨) : Draw- A- Person Test

يعتبر هذا الاختبار من الأساليب الإسقاطية التعبيرية، وقد برز على أثر نشر (كارين ماكوفر K. Machover) كتاباً تناولت فيه دراسة إسقاطية برسم أشكال بشرية.^(١٩) وتتلخص التعليقات حولها بما يأتي: (انظر شكل - ٢٢ -):

أ - يطلب من المفحوص (رسم شخص دون تحديد جنسه) ثم يسأل المفحوص أن يرسم شخصاً آخر من جنس آخر غير الأول) خلف الورقة؛ ويسجل الأخصائي ملاحظات ويطلب من المفحوص إنهاء الرسم إذا لم يكتمل.

ب - في حالة الاحتار الجماعي يعطى كل مفحوص ورقتين ويطلب من



(شكل رقم ٢٢)

مثال للاستخدام الإكلينيكي لاختبار رسم شخص وفيه يظهر إلتاس الدور الجنسي

كل مفحوص رسم شخصين أحدهما (ذكر) في صفحة، والثاني (أنثى) في صفحة ثانية؛ مع تسجيل جنس الشخص الذي يرسمه أولاً.

ومن خلال خبرة العاملة (ماكوفر) باختبار (جودانف Good Enough) لرسم الرجل: Draw A Man Test لاحظت أن طفلين يحصلان على نفس

نسبة الذكاء ولكن رسم كل منها يحكي قصة مختلفة، وتطبيق الاختبار وتفسيره يستند إلى مفهوم إسقاط صورة الجسم في رسم الشخص.

ويمكن للفاحص سؤال المفحوص عن (سن الشخص المرسوم، وتعليمه، ومهنته، ومطامحه وعائلته، وتفضيله لواحد من والديه وأصدقائه ومدرسته) وقبل تطبيق اختبار رسم الشخص يستحسن دراسة ما كتبه (ماكوفر) حول هذا النوع من الاختبارات وتعليقات وأسئلة (شافر ولاراروس) عنها وكذلك دراسات بيرمان ولافال: Berman + Laffal (١٩٥٣).

[٥] اختبار تفهم الموضوع: (T. A. T)

وضع هذا الاختبار (كريستيانا مورجان وهنري موري ١٩٣٥

Christianiana D. Morgan and Henry A. Murray) وهو للكبار وللأطفال: (٢٠)

(١) اختبار تفهم الموضوع للكبار: Thematic Apperception Test

(٢) اختبار تفهم الموضوع للأطفال: Children Apperception Test

وهو من أكثر الأساليب الإسقاطية استعمالاً بعد - الرورشاخ - وها متكاملان في عملية التقييم النفسي للشخصية. فاختبار تفهم الموضوع يركّز على (المضمون) ثم يهتم بالمظاهر التعبيرية والشكلية؛ ويهتم اختبار الرورشاخ أولاً (بالمظاهر الشكلية) ثم (بالمضمون). وتبرز أهمية اختبار تفهم الموضوع في بيان دياميات الشخصية كالحوافر والمخاوف والمخاضات والمخاضات والصراعات والعقد السمية والتخيلات. بينما يكشف اختبار الرورشاخ عن دفاعات

الأناء؛ والحيل النفسية التكيفية؛ والتركيب المرضي وغيره من مكونات الشخصية. إن مجموع بطاقات هذا الاختبار هو (٣١) بطاقة فيها صور فوتوغرافية وبدوية؛ ولا يوحد وقت محدد للاختبار وبعد أن يتأمل المفحوص الصورة يؤلف حولها قصة (خيالية درامية) تعكس تصوراته وإسقاطاته وديناميات سلوكه. ويترك له (٥) دقائق لكل قصة عن كل صورة. ويسجل الفاحص حسب أرقام الصور كلمات المفحوص وتداعي أفكاره ويهتم عند التسجيل في تركيز الانتباه على ما يأتي: (٣١)

أ- البداية الدقيقة في كل قصة.

ب- النهاية الدقيقة في كل قصة.

ج- بطل القصة كمحور يلعب الدور الرئيسي بها.

د- موضوع القصة كجوهر أساسي وهدف وغاية.

هـ- الدوافع الذاتية عند المفحوص خلال التفحص والإسقاط.

و- الضغوط المحيطة بالمفحوص أو اللاشعورية لديه.

ز- النتائج للقصة التي يعبر عنها المفحوص.

ومن مجموع بطاقات الاختبار الـ (٣١) تصنف البطاقات في مجموعات أربع، اثنتان تطبق على (الذكور والإناث) أعلى من (١٤) سنة من العمر؛ واثنتان تطبق على (الذكور والإناث) من (١٤) سنة من العمر فأقل. (٣٢)

وفي البطاقات (١١) بطاقة ملائمة لكلا الجنسين؛ وغيرها مشتركة بين الراشدين والصغار وبذلك تتكون البطاقات الخاصة بكل مجموعة من المجموعات الأربع من (١٩) صورة وبطاقة بيضاء من البطاقات الإحدى

والثلاثين بترتيبها المقنن، ويفضّل كثير من المختصّين النفسيين الإكلينيكيّين تطبيق (١٠) صور فقط يختارونها حسب الحالة التي يقومون بدراستها.

وقد قام مورّي Murray بتعديلات كثيرة على الاختبار لا سيما المخصص للأطفال باستبدال صور الناس بصور حيوانات لسهولة إسقاط الطفل لمشاعره عليها، ومنها ما هو مخصص للمراهقين ويتضمّن مواقف ألصق بهم، ومنها ما هو مخصص للملّونين في أمريكا وللجانحين وغيرهم.

تحليل مواد الاختبار T. A. T. للبالغين ودلالاته:

الصورة رقم (١): ذكر (بلاك Black) عنها أنها تؤدي بالمحوص إلى أن يتقمّص شخصية الولد المائل في الصورة وإلى أن يكشف عن اتجاهه بإزاء شخصية الأب، وهل يتصور المحوص من شخصية الأب أنها ميالة إلى العدوان أو إلى السيطرة أو إلى مد يد المعونة والمساعدة للغير. كذلك تكشف الصورة نوع العلاقة التي تقوم بين المحوص وكل من الوالدين. وكثيراً ما يرد في القصص التي ينشئها المحوصون حول هذه الصورة أفكار الصراع والخيرة بين الاستقلال عن أصحاب السلطة أو الامتثال لهم والإذعان لأوامرهم.

ومن السواحي التي تكشف عنها هذه الصورة في نظر (بلاك) (٢٣) الحاجة إلى النجاح. ومن المهم هنا أن نعرف الطريقة التي حقق بها المحوص النجاح. هل كان ذلك في مستوى الخيال والوهم أم في عالم الواقع والحقيقة. ومن المحوصين من يستجيب لهذه الصورة استجابات جسدية رمزية، فالعرف على أوتار الكمان واللعب بالقوس كثيراً ما تقوم مقام الاستمناء.

كذلك قد يكشف المفحوص عن خوفه من الإحصاء عندما يصر على أن أوتار الكمان قد تقطعت.

الصورة رقم (٢): يرى العالم (بلاك) أن هذه الصورة للمريض تكشف بطريقة ممتازة عن علاقة المفحوصين بأسرته وأنه كثيراً ما يتقمص الذكور من المفحوصين شخصية الفتاة المائلة في الصورة سبب أنها تحتل مقدمة الصورة وتتوسطها. كذلك تكثر في قصص هذه الصورة أفكار الاستقلال عن الأسرة في مقابل الانصياع لها والامتنال لاتهااتها المحافظة الرجعية، وهذه أفكار تبين في وضوح ما بين المفحوص وأسرته من خلاف وفروق، وكذلك تكشف علاقة السيدتين بالرجل في القصة - وهل هو أب لها أو زوج أو أخ - عن فكرة المفحوص عن الدور الذي ينسفي أن يقوم به كل من الرجل والمرأة في الحياة.

الصورة رقم (٣): إن أكثر المفحوصين من الذكور يعدون الشخص الحائثي على ركبتيه رحلاً، إلا أن بعض المفحوصين من الذكور يعده امرأة وتعتبر هذه علامة على وجود التمرعات الحسية المثلية الكامنة لدى هؤلاء الأفراد. وكذلك يكشف إدراك المفحوص للشيء الملقى على الأرض إلى يسار الشخص من المشاكل المتصلة بالعدوان عده. وقد يكون هذا العدوان موحهاً نحو الدات أو نحو الغير.

الصورة رقم (٣): (للنساء والبنات): يرى (رابابورت: Rapaport Gill) أن هذه الصورة تكشف عادةً عن أسباب اليأس والخور والشعور بالإنثم. كما يرى (بلاك) أنها تثير مشاعر الاكتئاب عند المفحوصات.

الصورة رقم (٤): هذه الصورة تكشف عن طائفة شتى من الحاجات والمواطف المتعلقة بالصلة بين الإناث والذكور. وكثيراً ما يرد عنها في

قصص المحوصين أفكار الحياة وعدم الوفاء . وكذلك قد تكشف الصورة عن اتجاه الذكور نحو الدور الذي تقوم به النساء ، فقد ينظر إلى المرأة على أنها تحمي الرجل؛ وتصدّه عن السير في طريق غير مأمون المواقف ، أو على أنها تحاول أن تدفعه إلى طريق الشر والإثم . وقد تكشف الصورة عن اتجاهات المرأة نحو الرجال وخصوصاً أولئك الذين سبق أن نالها منهم اعتداء . والصورة تحمل في مؤحرتها رسم امرأة نصف عارية دلّت التجارب على أن ثلث المحوصين على الأقل يغفلون عن إدراكها . ويرى (بلاك) أن مما يدل على أن المفحوص يعاني مشكلة جنسية؛ أن يغفل عن إدراك صورة هذه المرأة أو أن يتمتع امتناعاً كلياً عن أن يذكر شيئاً عنها .

الصورة رقم (٥): كثيراً ما تفسر هذه الصورة على أنها أم ترقب أنواعاً مختلفة من السلوك . فبعض القصص التي ينشئها المفحوصون ترمز إلى خوف المفحوص من اكتشاف الماحص لما يقوم به من استثناء . كما أن بعضها الآخر في صورة الاهتمام بالطفل والرغبة في الاطمئنان عليه .

الصورة رقم (٦): (للرجال والصبيان): هذه صورة تسمح للمفحوص بأن يعبر عن اتجاهه نحو شخصية الأم من إحساس بالإثم والخطيئة نحوها . أو اعتماد عليها أو استقلال عنها ، كذلك عن شدة تعلق كل منها بالآخر .

الصورة رقم (٦) للنساء والبنات: تكشف هذه الصورة عن الصلة بين الإناث والأب .

الصورة رقم (٧) للرجال والصبيان: تكشف هذه الصورة عن معرفة اتجاهات المفحوص نحو والده ونحو مصادر السلطة بصفة عامة من اتكال واعتماد عليها أو امتثال لأوامرها أو خروج على طاعتها .

الصورة رقم (٧) للنساء والبنات: هذه الصورة تكشف عن العلاقة بين الأم وأطفالها من السات.

الصورة رقم (٨): للرجال والصبيان: إن الأفكار التي يكثر ورودها في هذه الصورة تتركز نحو العدوان (كأن يصاب شخص بالرصاص وهو الآن تجري له عملية جراحية)، أو حول الطموح (صي يحلم باليوم الذي يصح فيه طبيباً مثلاً).

الصورة رقم (٨) للنساء والبنات: تثير هذه الصورة كل أنواع القصص والأفكار التي تكون غالباً من نوع سطحي.

الصورة رقم (٩) للرجال والصبيان: تكشف عن بعض الاتجاهات الاجتماعية العامة عند المفحوصين.

الصورة رقم (٩) للنساء والبنات: تكشف عن علاقة المرأة بغيرها من النساء كما تكشف عن الذي يكون بين الأخوات أو عن العداء بين الفتاة وأُمها.

الصورة رقم (١٠): تكشف عن فكرة المفحوص عن العلاقة بين الرجال والنساء. أما إذا عد المفحوص الموقف عناقاً بين اثنين من الذكور كان هذه دليلاً على جنسية مثلية كامنة لديه.

الصورة رقم (١١): توضح هذه الصورة اتجاه المفحوص نحو الخطر، أي نحو العدوان الذي يهدد المفحوص من الخارج وطريقته في محاربة القلق.

الصورة رقم (١٢): للرجال: تَسْ هذه الصورة طسعة العلاقة التي تقوم بين صغار الثُنان وبين الكبار من الرجال، كما تكشف عن المخاوف من الحسية المثلية السلية.

الصورة رقم (١٢) للنساء: هذه الصورة تسمح للمفحوصة عادة بأن تعبر عن اتجاهها نحو شخصية الأم أو الابنة، كما أنها كثيراً ما تكشف عن اتجاه المفحوصة على التقدم في العمر ونحو الزواج.

الصورة رقم (١٣) للرجال والنساء: تكشف عن اتجاه المفحوص نحو الناحية الجنسية وأفراد الجنس الآخر، وعن طريقة إدراكه ونظرته لهذه الأمور، كما أنها قد تكشف عن الشعور بالإثم والاتجاه نحو إدمان الخمر.

الصورة رقم (١٣) للصبيان: تفيد هذه الصورة في دراسة نغيات الأطفال الذكور.

الصورة رقم (١٣) للبنات: تفيد هذه الصورة في التعرف على نغيات المفحوصات.

الصورة رقم (١٤): تساعد هذه الصورة المفحوص بأن يعبر عن أسباب الإحباط عنده، وعن دواعي أسفه ولوعته، وعن آماله وطموحه. كما أنها قد تكشف عن تفكير المفحوص في الانتحار.

الصورة رقم (١٥): هذه الصورة تحمل المفحوص بفرد شخصاً من سئته الاجتماعية يجعله هدفاً للعدوان بأن يتصوره قد تولى وواراه الناس التراب.

الصورة رقم (١٦): هذه الصورة تستلزم أن يكون المفحوص على مستوى عالٍ من المقدرة اللغوية العائقة تساعد على إسقاط أفكاره بشكل حر وطلائق. أما المفحوص الذي لا يستطيع ذلك فإن استخدام هذه الطاقة البيضاء يكون لا حدودي منه بالنسبة له.

الصورة رقم (١٧) للرجال والصبيان: تكشف هذه الصورة عن خوف

المفحوص من الأخطار والصدمات المادية كالحرائق أو عن خشيته من غيره من الناس.

الصورة رقم (١٧) للنساء والبنات: تكشف في أغلب الأحيان عن إحساس المفحوص بالتعاسة وعن ميله إلى اليأس وإلقاء سلاحه ومحاولته للانتحار.

الصورة رقم (١٨) للرجال والبنين: تؤدي هذه الصورة بالمفحوص إلى التعبير عن ميوله العدوانية أو عن اتجاهاته نحو إدمان المخدرات.

الصورة رقم (١٨) للنساء والبنات: تكشف هذه الصورة عن اتجاهات المفحوصة نحو العدوان وعن علاقتها بأختها أو أختها أو أمها أو بالنساء على وجه العموم. كذلك هي تبين ما تشعر به المفحوصة من غيرة أو نقص أو تمرد على المستبدن بها.

الصورة رقم (١٩): هذه الصورة لا تفيد الباحث إلا في دراسة الأطفال وفي بعض الحالات فقط.

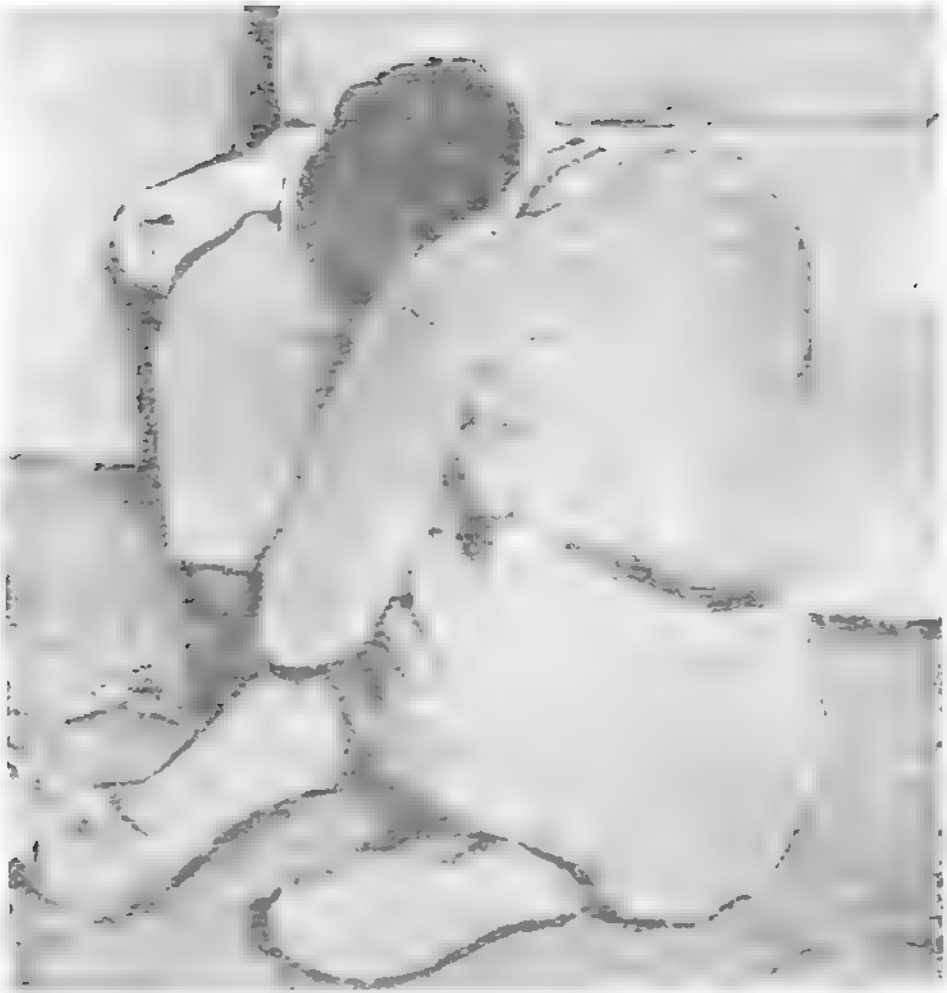
الصورة رقم (٢٠): يذكر (بلاك) أن الشخص المائل في هذه الصورة والدي يستند إلى مصباح الطريق قد يراه المفحوصون رجلاً أو امرأة. وأنه لم يهتد بعد إلى ما يبطوي عليه تحديد المفحوص لجنس الشخص من دلالة سيكولوجية. وأن الإناث المفحوصات يستجبن لهذه الصورة بذكر الخوف من الرجال والخوف من الظلام، وأن من الإناث والذكور من تدور قصته عن هذه الصورة حول عصابات اللصوص وقطاع الطرق. وأن هذه الصورة قد لا تتحمل في طياتها الصرر والأذى في نظر المفحوص فيؤولها على أنها تواعد بين عاشق ومحوبته.^(٢٤)



می شامل کتاباً مطبوعاً آسانه محل سفینه و بهایه علیہ آوران و کوب به فروشگان.



شكل (٦) في حي تنقي مادة بيتيا كيب، وبجانبا رجل يعمل في التجارة ويحاسب سنده 'كر ستا تنطع إلى الأفق.



شكل (٣) - أ - صبي جالس على الأرض، مستنداً الى كتفه ورأسه على ذراعه الأيمن، ويوجد ممدس على الأرض بجواره الأيسر.



شكل (٣) - ب - امرأة شابة، منخفضة الرأس وتنطفي وجهها بيدها اليمنى. ويمتد ذراعها الأيسر إلى الأمام مواجهاً لباب خشي.



امرأة تقبض على كتفي رجل يتجه وجهه وجسمه بعيداً عنها كما لو كان يرغب الإطلات منها.

شكل (٤)



امرأة متوسطة السن تقف على عتبة باب نصف مفتوح وهي تتطلع إلى داخل الغرفة.

شكل (٥)



شكل (٦) - أ - امرأة مئة قصيرة تقف مولية ظهرها إلى شاب طويل
ينظر إلى أسفل، وفي وجهه علامة الحيرة وشعور
بالخطيئة والإثم.



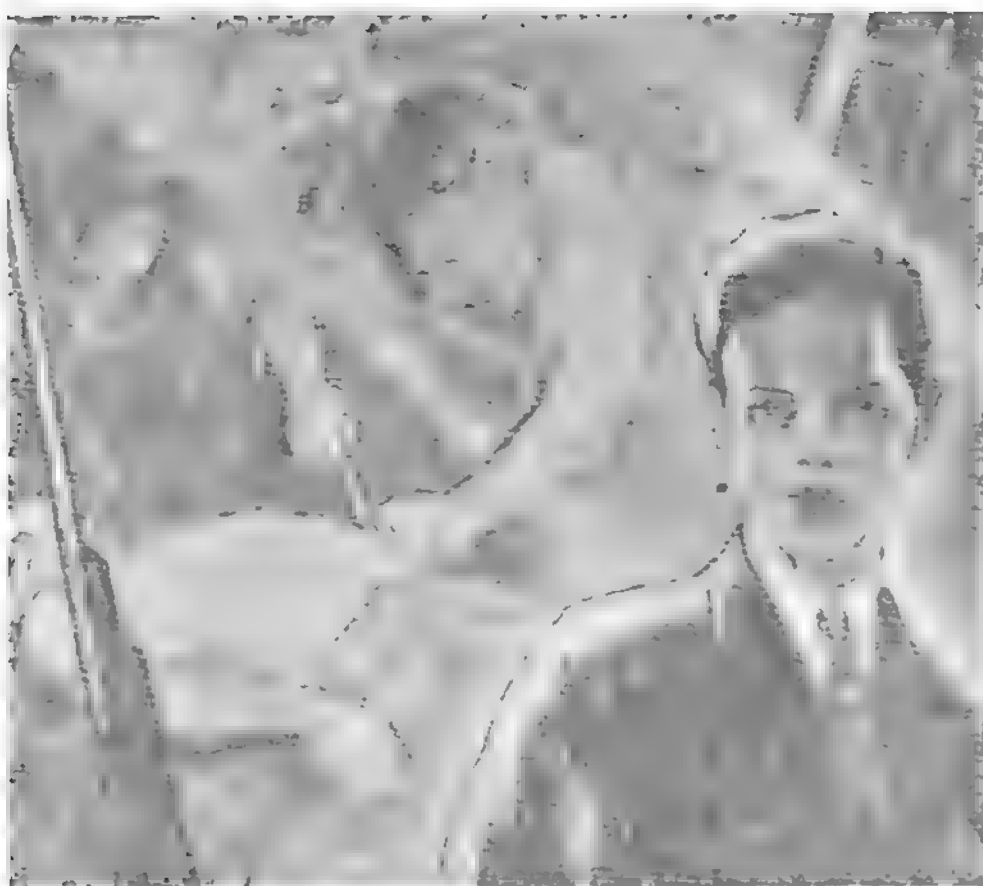
شكل (٦) - ب - امرأة شابة جالسة على حافة كنيسة، تنظر خلعها إلى رجل أكبر
سناً في فمه غليون ويبدو أنه يخاطبها.



شكل (٧) - أ - رجل كبير ذو شعر رمادي ينظر إلى رجل أصغر منه سناً ويبدو على وجه الثاني شعور
الكابة (علاقة بين المفصوم ووالده).



شكل (٧) - ب - امرأة متقدمة في السن حالة على كنية بجانب فتاة تتكلم معها وتقرأ لها، وتمك الفتاة بدمية في حجرها وتشرد ببصرها بعيداً.



شكل (٨) - أ - شاب مرافق ينظر إلى الأمام خارج الصورة وعلى الجانب الأيسر بندقية، وفي مؤخرة الصورة منظر لعملية جراحية.



شكل (٨) - ب - امرأة شابة جالسة مستندة بذقنها على راحة يدها شاردة بنظرها إلى الفضاء.



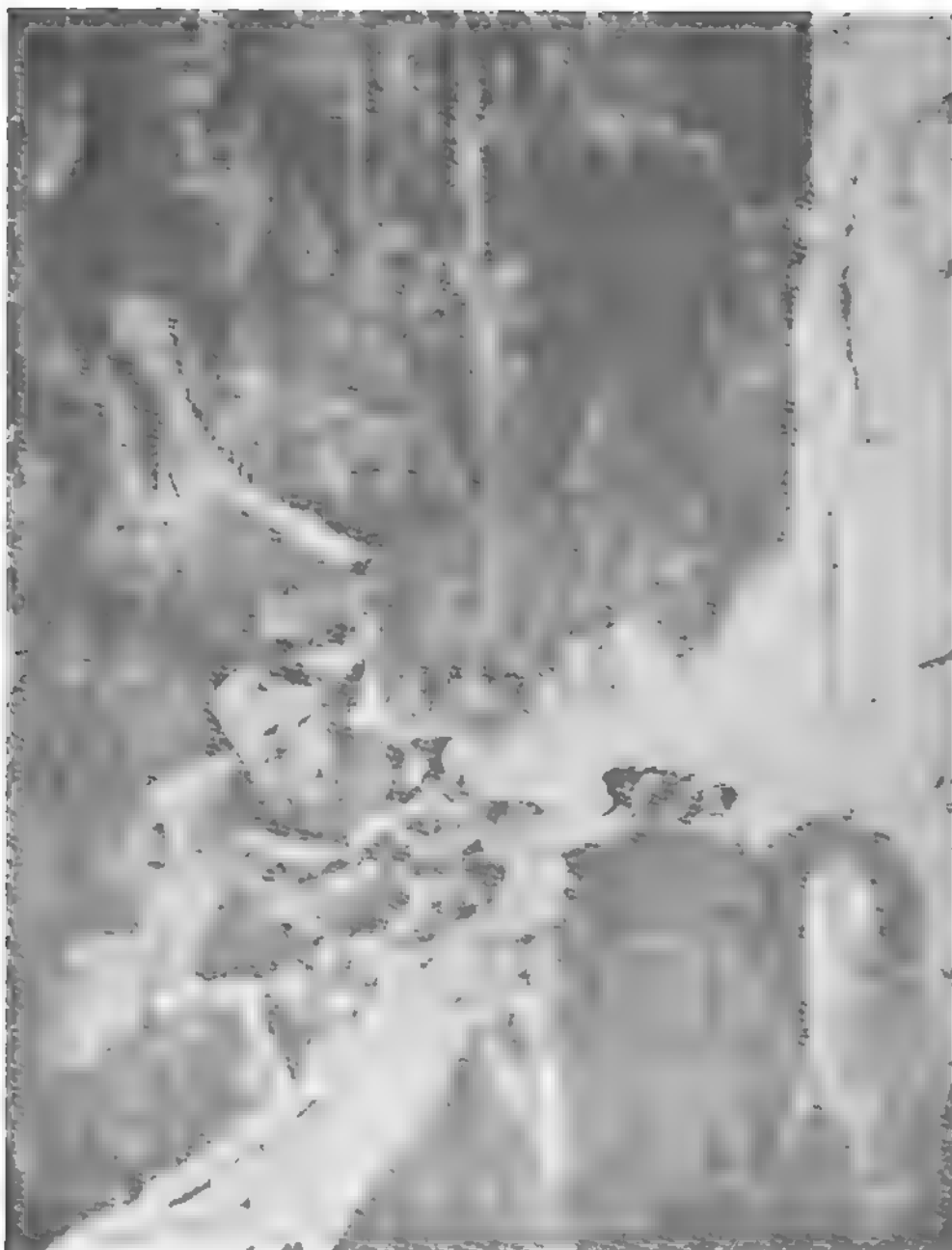
شكل (٩) - أ - أربعة رجال يلبس العمل يرقدون على الأرض، وكل منهم في الوضع الذي يريحه.



شكل (٩) - ب - امرأة شابة تمسك ببعللة وكيس في يدها تنظر من خلف شجرة إلى امرأة أخرى شابة تجري على الشاطئ، وهي مرتدية ملابس سهرة.



شكل (١٠) رأس امرأة شابة مستندة على كتف رجل.



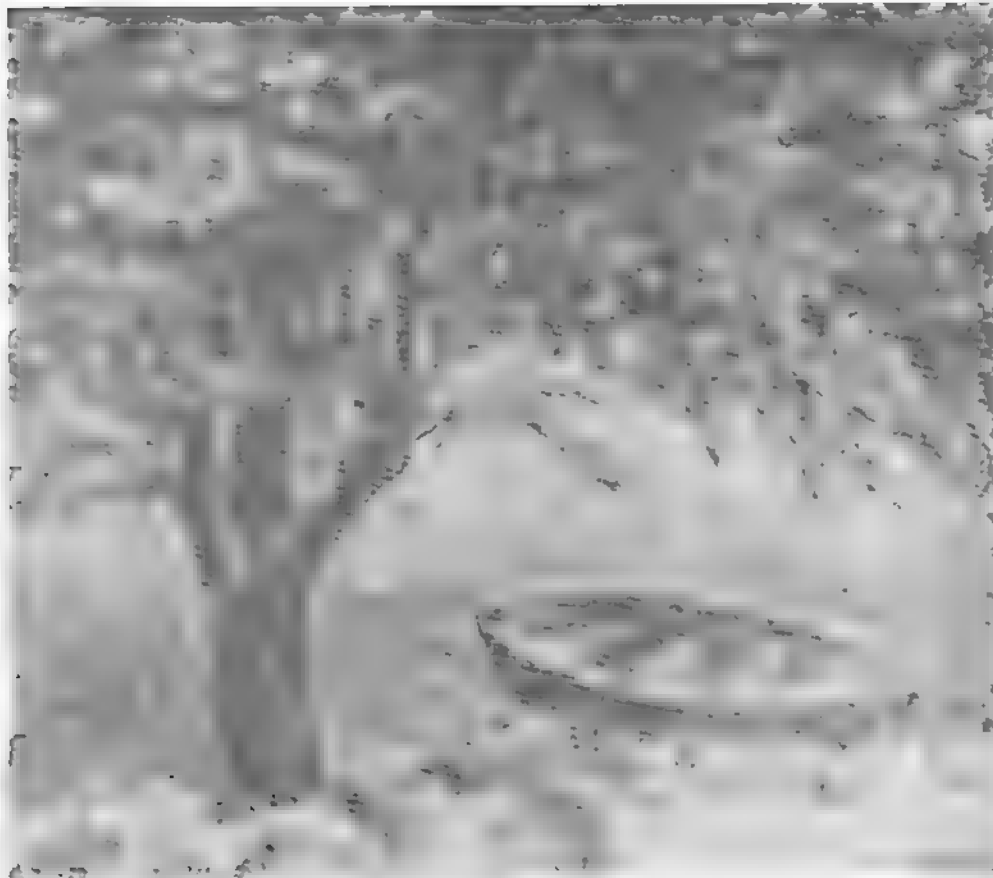
شكل (١١) طريق بين صخور وبه أشكال عامضة ومن الحائط الصخري الأيسر رأس طويل ورقبة
لتين



شكل (١٢) - أ - شاب يرقد على كتبه وعيناه مغمضتان، وينحني عليه رجل من وتحيل يده تمتد منبسطة على وجه الشاب الراقدة.



شكل (١٢) - ب - وجه امرأة شابة، وفي مؤخرة الصورة وجه امرأة عجوز عريية الشكل وعلى رأسها عطاء وتحملق بشكل منحهم



شكل (١٢) - ج - قارب تجديد موجود على شاطئه نهر في مكان مليء بالأشجار ولا يوجد في الصورة أي إسام



شكل (١٣) - أ - شاب يقف مطاطية الرأس ويخفي وجهه بذراعه وخلفه امرأة راقدة على سرير.



شكل (١٣) - ب - صبي صغير جالس على عتبة باب كوخ حشي



شكل (١٣) - ج - فتاة صغيرة تصعد سلما حلزونيا عاليا.



شكل (١٤) ظل معم برجن أو امرأة يقف أمام نافذة مصنعة ومعه الصورة في طلام (الأسف و موعه)



شكل (١٥) رجل بحيل يصم يديه كل واحدة باتجاه الأخرى وهو واقف بين القصور.



شكل (١٧) - أ - رجل عار معلق بحبل وهو يتسلق أو يهبط عليه



شكل (١٧) - ب - كوبرى على بحرى ماء وامرأة تنفح صحبه على سور الكوبرى. وي مؤخرة الصورة
مسار عالية ورجال صغار القامة.



شكل (١٨) - أ - ثلاث أيدٍ ممسكة على هذا الرجل من الخلف ولا يظهر الأشخاص وراءه.



شكل (١٨) - ب - امرأة تقبض بيديها على عنق امرأة أخرى ويبدو أنها تدسها إلى الخلف نحو درابزين السلم.



شكل (١٩) رسم غريب لتجمعات غيوم وضباب فوق كوخ صغير منزل في جو عامف.



شكل (٢٠) شكل معمر لرجل أو امرأة في هدوء الليل يستند إلى عمود مصباح.



رسم معق لرجل مس ممسك في يده بشيء مستطيل الشكل وهو يحاول اعطائه لثاب صغير السن.
وأمامها منضدة عليها وعاء يحتوي على شيء غير واضح. وفي مؤخرة الصورة شكل مبهم يرفع يده
إلى القرب من فمه.

نكل (٢١)

ملاحظات عامة حول اختبار تفهم الموضوع: خلافاً لاختبار - الرورشاخ - لم يبدأ اختبار تفهم الموضوع بنظام تفسير شامل في بنائه. فإن (موري Murray) (٢٥) ومساعديه في (عيادة جامعة هارفارد النفسية بأمريكا) قد اقترحوا طريقة جيدة. وجاءت بعدها دراسات حول طرق التفسير والتصحيح لهذا الاختبار وكان من أبرزها طريقة (شتين عام ١٩٤٧ Stein, M. J) وطريقة (بتي آرون: Betty Aron عام ١٩٤٩)، وطريقة (شنيدمان، وجويل، وليتيل عام ١٩٥١ Shneidman, E. S.)، وتعتبر حالياً أشهر طرق التصحيح والتفسير لاختبار تفهم الموضوع طريقتا العالمين (بلاك وسيلفان تامكينز):

Black and Silvan, S, Tomkins

ويمكن للقارئ أن يجد مريداً من التفاصيل عما عرضناه في هذه المصادر وحدير بالذكر أن نشير أن (موري Murry) لعت نظر الفاحص للملاحظة الساحتين التاليتين في إجابة المفحوص:

أ- التمييز بين الغث والسمين: Grain and Chaff في تأليف المفحوص للقصة وبوعية كلماته ووزنها.

ب- ملاحظة العَرَضِيّ والمُؤَقَّت: Transient + Enduring على الأحصائي أن يضع في عين الاعتبار في تفسير القصص بين محددات الموضوعات العرضية المؤقتة الموقفية، وبين محددات الموضوعات الدائمة التي تتمركز الشخصية حولها.

وثمة تعليقات مفصلة لدراسة حالات قام بها العالمان (باب وسكات Pope + Scott) تلقي للقارئ الذي يهتم بالتفاصيل عن تفسير هذا الاختبار وفوائده (٢٦)

الثبات والصدق في اختبار تفهم الموضوع: يؤكد العالم (فريمان^(٢٧))؛ (Freeman) أن تفسير اختصار تفهم الموضوع (غير موضوعي وغير كمي) كما هي الحال في اختبارات الذكاء وإنما يعتمد على تفسيرات ذاتية وشخصية.

اتجه العلماء نحو (ثلاثة طرق) للتأكد من ثبات هذا الاختصار وهي:

أ- طريقة الاتفاق بين المفسرين: ويطلق عليه ثبات المفسرين حول التحليل والتفسير والتصحيح. وكشفت الدراسات أن معاملات الارتباط في هذا الاتفاق بين المفسرين الذين لديهم (تدريب متشابه) ويستخدمون (بطاً متشابهة) تصل بين (٠,٣٠ - ٠,٩٠).

ب- طريقة إعادة التطبيق: وقد تبين أنه كلما طال الزمن بين التطبيقين قلَّ معامل الثبات؛ والثبات الأكبر يتم عند اتفاق المفسرين على إعادة التطبيق بعد فترة قصيرة. ويؤثر في الثبات نوع وتغيرات الشخصية عند المحوصين والملاحظين عبر مرور الزمن وكذلك مدى ثبات شخصيات الملاحظين.

ويشير (تامكينز: Tomkins) أن معدل الثبات الوسطي بعد (٦) شهور هو (٠,٦٠) ويرتفع بقصر المدة بين التطبيقين إلى (٠,٨٠) بعد (شهرين) ويحفض بعد طول المدة إلى (٠,٥٠) بعد (١٠) شهور.

ج- طريقة التجزئة النصفية: وتم بحساب معاملات الارتباط لتكرار الملاحظات التي ظهرت في القصص وشذتها، ودلت دراسات سانفورد: Sanford أنها تتراوح بين (٠,٤٨ - ٠,٤٦) أما الثبات المعتمد على التناقض الداخلي فقد أشارت دراسة العالم (تشايلد Child) أن المعاملات تتراوح بين: (٠,٣٤ - ٠,٧٠).

أما عن (صدق الاختبار) فقد وجد العلماء (عدة أساليب) للتأكد منه وإن من أهمها الطرق التالية:

أ- مقارنة إجابات الاختبار بتواريخ حياة المفحوصين أو بنتائج دراسة الحالة التي استخدمت بها أساليب أخرى.

ب- مقارنة خصائص الشخصية المعروفة للأفراد أو المجموعات بسجلاتهم على اختبار تفهم الموضوع.

ج- مقارنة نتائج الاختبار مع نتائج اختبارات أخرى تحرى على (نفس الحالة) كالرورشاخ أو غيره.

وقد أشار د. عطية محمود هنا إلى (أساليب أخرى) يمكن للقارئ التروء بتفاصيلها في كتابه (علم النفس الإكلينيكي - التشخيص) (٢٨).

نظرة تقييمية لاختبار تفهم الموضوع: (٢٩)

يدو أن ثمة قبولاً بين النعمانيين وعلماء الشخصية بالدات على قيمة هذا الاختبار لفهم الحالات الفردية تحليلياً رغم أن مكاتته في مستويات (القياس النفسي) من حيث الصدق والثبات ما ترال مكانة محدودة. وبالإضافة لاستخدامه في الأغراض الإكلينيكية فإن استعماله (بين الأسوياء) من طلبة المدارس والكلبات والجامعات شائع وقائم. ويكشف اتجاهات معينة تجاه الجنس والسلالة واللون والدين والحضارة والمستوى الاقتصادي.

ومن العلماء من يراه (مدحلاً ناححاً) في بداية التشخيص والعلاج وأداة ناعمة للمقابلات الأولى. ويوفر الوقت والجهد. ويرى العقاد أنه لا بد من

إجراء تدريب دقيق للأخصائي الذي يقوم بتطبيقه؛ دون الاكتفاء به فقط .

أما اختبار تفهم الموضوع للأطفال (C. A. T) من السن (٣ - ١٠) المتضمن (١٠) صور لحيوانات معروفة وتمثل مواقف بشرية فقد يكشف مشكلات الكلام واللعظ عند الطفل وكذلك الاتجاه نحو الوالدين، وخيالات الطفل تجاه العدوان؛ والكبار؛ وبوعية الاستجابة والتعامل مع المشكلات وثمة علاقات بينه وبين أسلوب (التحليل النفسي) أشار إليها (تامكينز) في دراسة عميقة على شخص واحد استغرقت (٧٥) ساعة في مقابلات يومية وفحوص نفسية. ويعتمد تمسير القصص على الدلالة الرمزية المرتبطة بالمضمون.

وقد أورد الدكتور عطية هنا والدكتور سامي هنا عشر صور أخرى بديلة لتسعين المشكلات التي يتعرض لها الأطفال بصمة متكررة وليست بالضرورة - ومن أمثلتها:

- الخوف من الأنشطة البدنية أو الإصابة الحسية.

- مشكلات الأبطال في المدرسة.

- تخيلات الاشتهااء .

- الميل الكوسية والمنافسة.

- أفكار تصور الجسم والتحيلات.

- المحاوف المرتبطة بحمل الأم.

وعلى الرغم من قيمة هذا الاختبار كأداة مفيدة للتشخيص فإن من الخطأ الاعتماد عليه منفردة والتقيد في نظرية التحليل النفسي كمرشد للأخصائين في إعداداته وتطبيقه وتفسيره.

[٦] اختبار الورشاخ الإسقاطي (٢٠) (*)

يعتبر اختبار الورشاخ: Rorschach Reflective Test من الناحية التاريخية أول الأساليب الإسقاطية في تقييم الشخصية واتسع استعماله الإكلينيكي لاعتماده على أسلوب (تداعي الأفكار). وهذا الاختبار المؤلف من (١٠) بقع حبر على بطاقات وبمضها ملوّن اختارها (هرمان رورشاخ: Herman Rorschach) وتذكرنا بالرسوم و (الفن التشكيلي) الذي يعرف المصان (مضمونات رموزه) ومعانيها ويترك للفرد محاولة الفهم واكتشاف المضمون بصورة إسقاطية تعبيرية تفسيرية لها. وقد ترجعها إلى العربية (غني، وبريدة عام ١٩٦٥).

التعليات: يقول الفاحص للمفحوص عند التطبيق: « سأريك عدداً من بقع الحبر المطبوعة على بطاقات، وأود أن تخبرني ماذا تشبه هذه البقعة؛ وماذا تفكر عند رؤيتك لها. » ويؤكد الفاحص للمفحوص أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. ورغم أن البطاقات تقدم للمفحوص في وضع مقسّ فإن له الحرية في أن يديرها بيده في أي اتجاه. ويركز السؤال عن (مكان) كل استجابة؛ و (خصائص المثير) في البقعة التي ساعدت على إثارة هذه الاستجابة.

إن (التداعي الحر): Free Reflection و (الاستفسار) أو (التعليل): Interpretation هما الركيزتان في تطبيق اختبار الورشاخ.

والزمن المذكور في كل بطاقة (وهو الرقم المذكور بعد رقم البطاقة) يدل على زمن رد الفعل بالتوالي، نمني الرمز المنقضي من بدء تقديم البطاقة إلى المفحوص حتى اللحظة التي يبدأ فيها الاستحاة.

نموذج استجابة: (٣١)

بطاقة (١) - ١٢ - ثانية:

١ - (W) خنفسة كبيرة ولها لحيثان من نوع معين.. تشبه خنفسة طائرة.

٢ - (D 4) قيس شرقي.. في صلاة أو ابتهاج ورأسه منحني.

٣ - (W) أو فتانان ترقصان (كل D 2 يمثل فتاة) تتأيلان حول جهاز حيسيزيوم وملاسها تتطير حيث أنها تلغز حول المركز.

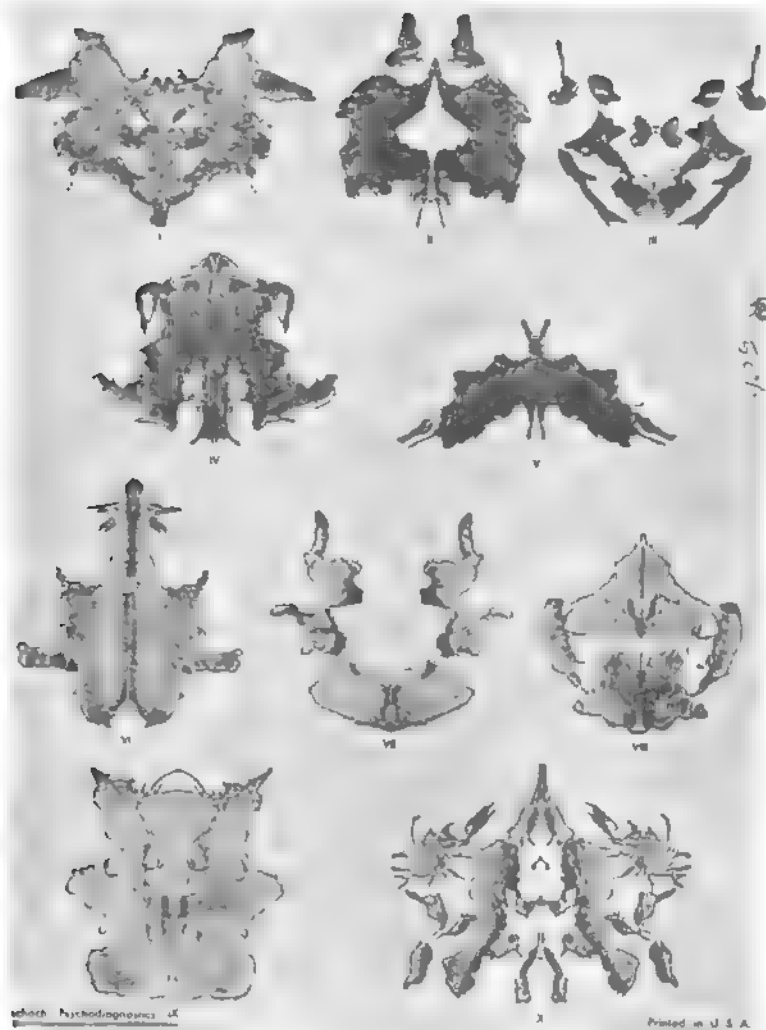
٤ - (W) أول رد فعل حاء في حقيقة هو (وطواط كبير صخم)؛ حيوان.

٥ - (داخل تفاصيل في جزء Dd 29) توجد مجموعة من وجوه مخفية، وجوه عاسة، كما لو كانت ملائكة في السحب في الرسوم الإيطالية؛ إنها قطط حقيقية: انظر الشكل (٢٣).

٦ - (W.S) أه، الآن اتصحت، بدلاً من قيس وعاء ربة ياباني من الأشياء التي يضعها اليابانيون في حدائقهم الرسمية... محفور في الحجر.

٧ - (W S) V أو قد تصور رجلاً منتصباً رجلاه متساعدتان والرأس مختم وتبدو ملالسه.

(٢٣) نموذج لبقع الحبر في اختبار الورشاح (الشكل ٢٣)



٨ - (W S) إنها تشبه جمجمة حيوان .. كما تبدو لفرد لا يعرف علم العظام .. التفاصيل كلها لا تدل على ذلك .. لكن الشكل العام هو داك .

٩ - W (مع D I كأها مخالب) صورة توفيقية لطائرين بحريين . الجساحان مرفوعان كما في حالة الطيران ، والمخلبان كأها يسكان قنبرة من فوق الرأس والجسد .

إن (هنري رورشاخ) لم يؤكد على المضمون الخاص بالتداعي في نظام التفسير الذي اتبعه . وإنما ركز اهتمامه على (الخصائص الشكلية للاستجابات الإدراكية للمحوص ؛ والتي يمكن تحديدها في (أربع زوايا هامة) :

(١) كم عدد الاستجابات ؟ ما هو زمن رد الفعل ؟ كم مرة تكرر رفض الإجابة في عدة بطاقات .

(٢) هل تتحدد الإجابة فقط شكل القمعة أم هناك اهتمام أيضاً بالحركة واللون ؟ Motion and Colour

(٣) هل يدرك المحوص الشكل ويفسره ككل أم كأجراء ؟ وما هي الأجزاء التي اهتم بتفسيرها ؟

(٤) ما الذي يراه المحوص ؟ (٣٢)

نماذج لاستجابات بعض الفئات الإكلينيكية:

(أولاً) خصائص استجابات العصائين :

١ - عدد الاستجابات أقل من الأسبواء .

٢ - عدد الاستجابات الحركية أقل

- ٣ - الاستجابات الحركية الحيوانية أكثر من الإنسانية.
- ٤ - صدمات لوسة وصدمات ظل.
- ٥ - رفض لبعض البطاقات.
- ٦ - سمة الشكل أكثر.
- ٧ - سمة الحيوان أكثر.
- ٨ - الاستجابات الشكلية اللونية لا تزيد عن واحدة.

(ثانياً) خصائص استجابات الفصامين:

- ١ - أكثر إحساساً بالأحراء الدققة.
- ٢ - وجود استجابات جرئية - كلية (ح ك) يؤيد الشخص.
- ٣ - موال الإدراك غير مطم.
- ٤ - تنابع مضطرب.
- ٥ - استجابات لوية أو لوسة شكلية أكثر.
- ٦ - الاستجابات اللوية إلى الشكلية انوية أكثر.
- ٧ - سمة الأشكال الحدة أقل.
- ٨ - سمة الاستجابات عبر المألوفة أقل.

(ثالثاً) خصائص استجابات الاكتسابيين:

- ١ - حودة الأشكال .
- ٢ - قلة الكليات .
- ٣ - غط الإدراك ضعيف .
- ٤ - المحتوى ضعيف وقليل التنوع .
- ٥ - زمن الرجوع طويل .
- ٦ - احتفاء الاستجابات اللونية .
- ٧ - الاستجابات الحركية قليلة .
- ٨ - زيادة نسبة الاسحانات الحيوية وقلة الاستحانات الإسابية .

(رابعاً) خصائص استجابات ضعاف العقل:

- ١ - كليات عامصة رديئة .
- ٢ - التتابع ضعيف .
- ٣ - نسبة الشكل الحيد منخفضة .
- ٤ - كثرة الاسحانات اللوية واللوبة - الشكلية .
- ٥ - اسحانة واحدة حركية (بطاقة ٢) .
- ٦ - محتوى الاستحانة صوّ .

٧ - الاستجابات الحيوانية كثيرة.

٨ - الاستجابات غير المألوفة قليلة.

(خامساً) خصائص استجابات حالة بارانويا:

بطاقة (١).

- جزء (D2) وجزء (D4) سيطرت قوى الشر على قوى الخير مخالب
بأكملها في رقبتها.

- (جزء D2) طبيبان بأيديهما، ينظران إلى أم وميلاد طفل. الطبيبان
يرتديان قبعتين (جزء D5) هما يرتديان ملابس الأطباء يقومان
بعلاج أيدي (جزء D1) الطفل (جزء D4) أنا لا أرى الأم، لكن إذا
رأيتها كأم فليس لها يدا، أو ذراعان (جزء D1) أو ردفان (جزء
D3) أو ساقان (جزء D d 31) يحتمل أن تكون ماثلة للأمام؛ تسأل
المساعدة؛ وهما يعننيان بها.

الإدراك في اختبار الرورشاخ:

كان اختبار الرورشاخ في نظر علماء النفس (اختباراً إدراكياً):

Perceptual Test.

ويبدو أن هذا ما أراده مؤلفه. والنظر إلى (بطاقات الحر) غايته
(إدراك ما وراءها) إسقاطياً. وحين نعود إلى بحوث الإدراك ونظرياته نجد
العديد من النظريات بين أيدينا. وتعتبر نظرية (سولي، ومورفي Solly and

(Murphy) من أكثر النظريات ملاءمة لفهم استجابات (بطاقات الرورشاخ). ومحتواها يختلف عن النظريات الأخرى التي ترى أن النشاط الإدراكي يحول الطاقة الطبيعية مباشرة إلى إدراك؛ بل على العكس إن (المثير) الصادر (يتفاعل) مع كائن حي عضوي أو مع شخصية ذات تاريخ فريد. وإن الإدراك (نتيجة مركبة) لكل من المثير ذاته؛ والعمليات المعرفية المختلفة لدى من يقوم بعملية الإدراك، وعلى هذا فليس الإدراك (استحالة آلية) كما يرى السلوكيون في التو واللحظة، بل هو نقطة نهاية لسلسلة متتابعة من الأحداث المحددة التي تبدأ باتجاهات وخبرات الفرد المسبقة؛ فهو مسبق توقعاته. ويؤكد العالمان (سولي ومورفي) أن الإدراك في هذا الاحتمار يمر في مرحلة محاولة ومراجعة وخطأ وتصحيح وبذلك يكتسب الإدراك معناه الخاص ويعتبر حادثاً مدعماً لأنه يعني معرفة المدرك (بالنتائج).

ويلخص (وود وورك: Wood Work) بإيجاز مرحلة (المحاولة والمراجعة) في الإدراك بما يأتي:

أ - دور المحاولة هو قراءة عملية (احتمارية) للعلامة.

ب - كشف عملي (احتماري) للمغرى.

ج - تحديد عملي (اختباري) لخصائص الموضوع.

وعلى هذا فإن (دور المراجعة) هو قبول أو رفض، وتدعم إيجابي أو سلبي للإدراك العملي الاحتماري. ومن خلال المتابعة الدقيقة لبحوث الإدراك نلاحظ أن هناك اتساقاً بين الأسلوب الإدراكي في دراسة الشخصية مع كل من نظرية الإدراك والشخصية: Consistency، ويسدو

أن البحث الإدراكي في نطاقات الرورشاخ والبحوث الإدراكية الأخرى المتعلقة بالرورشاخ قد فشلت على وجه العموم في التوصل إلى (مبادئ محددة) خاصة بتفسير الرورشاخ. ويمكننا من خلال فهمنا (النظرية الشخصية) أن ننظر إلى اختبار الرورشاخ كأداة لكشف كل من مظاهر الأنا وديناميات العرد المتأشبة مع الفهم التحليلي للشخصية والسلوك. ولعلنا نلاحظ من خلال المثال التالي لاستجابة (امرأة فصامية) شابة بأن الرورشاخ يدلنا على (الفكر المضطرب).

استجابات امرأة فصامية: Schizophrenic

- ١ - (جزء D1) تشه وجهين لكلين.
- ٢ - (جزء D3) الأحمر يشاه لهيب النار.
- ٣ - (W) إذا أدرتها حول نفس الكلبي (جزء D1) وأبعدتها عن الاحتراق بلهيب النيران (جزء D3) منتصف لهيب النيران يوجد ملك بشيابه الملكية والتاج (جزء D4). النيران تتلاشى ويوجد موج من لون أبيض. النيران تتلاشى لأنها فوق رأسي الكلبي. يقف الملك ويدها ممتدتان.

تشخيص اضطراب الكلام في الرورشاخ:

يستطيع الأخصائي عند تحليل استجابات العرد على الرورشاخ التركيز على ملاحظة (المظاهر الشكلية للكلام واضطراباته) بما في ذلك الدقة الإدراكية، ومضمونها. وثمة علاقة وطيدة بين اضطراب الفكر واضطراب

الكلام؛ وقد يظهر اضطراب (الارتباط) بينهما؛ واقتقاد التفكير المفهومي،
واتباع المنطق البدائي. ويعتبر (ربابورت، وجيل، وشافر Rapaport, Gill
and Schafer, 1946) في مقدمة العلماء الذين اهتموا بإظهار الاستجابات
الخاصة باضطرابات الكلام وأقاموا لها تصنيفاً وتقسياً خاصاً بها.

الاجترار الفكري والاضطراب في الرورشاخ: (الأوتيزم)

اقترح العالم (بلوير) نظرية الاجترار (الأوتيزم: Autism) في المحاولة
لتفسير الصور المتعددة الاضطراب حيث تزداد ضغوط الحياة الداخلية
لدى الفصامين: Autistics مع تقلب خارجي نشيط في الواقع، وانشطار
وتشتت شامل في الشخصية. والحالات الشديدة للعناية تكس تماماً وتعيش
في عالم أحلام. والحالات الأقل في الشدة تنسحب إلى درجة أقل
Withdrawal؛ وكنتيحة للانسحاب الفصامي توحد حالة من حالات
التفكير تسمى (الاجترار) التي غالباً ما تحيط بها الأساطير والانحرافات
الغيبية والأحلام وأحلام اليقظة. وقد وجد (بلويلر) في كل أمثلة الاجترار
تعبيراً عن الحاجة الوجدانية عادة في صورة رغبة وأحياناً في صورة رغبة
وأحياناً في صورة خوف.

وقد انتهى (بمحت تجريبي معملي) إلى أن درجة الانحراف الإدراكي
أو - الاجترار - كانت ترتبط بشدة مع حاجة المفحوص للموضوعات ذات
القيمة الاجتماعية:

Lack Of Social Adjustment

ونحدث (بلويلر) عن الاجترار في الفكر والتواصل اللفظي:

Thinking And Verbal Communication

وقد تناولت البحوث النفسية الاجترار في مجال الإدراك. ويرودنا
الرورشاخ بخاصية حيّدة هي تقدير الاحترار الإدراكي. وفي مصطلحات
الرورشاخ، فإن الاستجابة الحقيقية الصحيحة تصل إلى مستوى تكويبي
جيد. ولكن (الاستجابة الاحترارية) تصل إلى مستوى تكويبي محدد:
Meaningless

مثال لاستجابة اجترارية: Autistic

(W) هذه دبابة، وها توجد عيناها (جزء 2 d) وهذا فمها (جزء D d
S 3o وجناحاها) (جزء DI) وها أعضاؤها التناسلية (جزء D3) وإن حدد
مستوى التكوين في الاستجابة واضح في نقص الاتفاق مع تركيب بقعة
الحبر، وإن الأعضاء المختلفة المسماة عن الدبابة موضوعة تصفياً على أساس
أماكن البقعة وسبب علاقاتها المكانية بدلاً من أن تكون لتوافقها مع شكل
بقعة الحبر أو تركيبها.

مشكلة (الصدق) في اختبار الرورشاخ:

إن من الضروري حين نتصدى لهذه المشكلة أن ندرك أن ثمة اعتبارات
كثيرة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار. إنه أولاً يمكن أن تكون بعض درجات
الأجزاء دالة Significant ؛ لكن (التفسير الكلي والشمولي) هو المطلوب.
ولا توجد دين أيديا أساليب إحصائية سليمة لتطبيقها على أنماط
الاستجابات الكلية. والاعتبار الثاني هو أن ترتيب الاستجابات
وتصحيحها وتفسيرها يعتبر عسراً ذاتياً محصاً Subjective (على العكس من
اختبارات الدكاء) لأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. وبالنسبة

(لهكات الصدق) فإن التشحيصات الإكليريكية الفارقة - ليست ثالثة - بقدر كاف .

ويؤكد العالم (فريمان 1962 Freeman) (٣٢) بأن رورشاخ استطاع أن يشت صدق احتساره . وقد تمكن الساحتون من إثبات هذا الصدق بعة أساليب ومن أبرزها :

(١) أسلوب المجموعات المعروفة:

طبق رورشاخ اختباره على (٢٨٨) مريضاً نفسياً؛ تبدو أعراضهم المرضية واضحة تماماً، وطبقه على أكثر من مائة من الفنانين والطلاب ومتوسطي القدرة وصعاف العقول، وقد وجد من بين هذه المجموعات (مروفاً ذات دلالة) في خصائص أنماط الاستجابات. واستجابات الشكل كان (٥٠%) أو أكثر من مجموع استجاباتها غير مترابطة، ووجدت حالات رفض كثيرة للاستجابة لطاقة معينة أو أكثر. وقد اعتبر هذا النمط دليلاً على افتقاد التكيف الاجتماعي، والضبط الصارم للغاية، وكف الأصالة والتلقائية والمقلق.

(٢) أسلوب مقارنة استجابات الرورشاخ بالتشخيص الإكلينيكي:

قام العالم (سيميل 1948 Siegel) بتطبيق الرورشاخ على حالات نفسية، وشخصت استجاباتهم. ثم أخرى خبراء نفسانيون (مقابلة Interview) مع نفس الحالات وانتهت إلى تشخيصهم. ثم قورنت النتائج؛ ووجد بعد ذلك (اتفاق عند ٠.٦٢) من الحالات في الحوائب الأساسية بين الأسلوبين قبل

إجراء العلاج. وتعتبر هذه النتيجة من أفضل نتائج الدراسات من هذا النوع.

(٣) مقارنة بروتوكولات الرورشاخ قبل العلاج وبعده:

الفكرة هنا هي إجراء المقارنة قبل العلاج وبعده اعتماداً على تغيير السلوك والشخصية؛ وهي التغيرات التي حدثت في فترة العلاج. أجرى العالم (رويش Roich 1949) دراسة أولى لتقدير تغير الشخصية الناشء عن العلاج بالتحليل النفسي، والثانية قام بها العالم (ويدل Windle 1952) للتنبؤ بتطور الاضطرابات النفسية التي تحدث عند العلاج بالآسولين للمصابين. ونجحت الدراسة الأولى في وجود تغيرات دالة لسجل الرورشاخ قبل العلاج.

وسشرح في الصفحات التالية أساليب أخرى أخفقت في تحقيق الصدق لاختبار الرورشاخ في مجال تقييمه.

دراسات وأساليب في ثبات اختبار الرورشاخ:

(١) الصور المتكافئة للاختبار: توصل العالمان (هارور وشتاينر 1945 Harrower + Steiner) لاستخدام مجموعتين متماثلتين على أنها صورتان متكافئتان لنفس الاختبار وتمكنا بذلك من تحقيق (مجموعة بديلة من بقع الحبر) لها نفس الأنماط من الاستجابات التي أظهرتها بطاقات الرورشاخ. ولكن تنقصها التحليلات التفصيلية للدرجات؛ كما لا تتضمن النتائج عدداً كافياً من الدراسات المقارنة.

ويعتبر اختبار (بين - بيرو رورشاخ Behn-Bero Rorschach

(Test^(٢١)) اختباراً مكافئاً للورشاخ الأصلي؛ وقد استخدم لإعادة اختبار المفحوصين بعد فترة (٢٠ - ٢١) يوماً؛ وكان متوسط الارتباط في مقولات التصحيح هو (٠,٥٦ و ٠,٦٥).

(٢) التجزئة النصفية: يقدر الثبات بحساب الارتباط بين درجات الاستجابة للبطاقات المرقمة فردياً وبين درجات الاستجابة للبطاقات المرقمة زوجياً في كل مقولة من المقولات، والتفاصيل الكبيرة والتفاصيل الصغيرة واللون. وتؤدي هذه الطريقة إلى معاملات تتراوح بين (٠,٦٠ - ٠,٩٥) تقريباً. وحالياً لم يعد كثير من الأخصائيين النفسانيين الإكلينكيين يستخدم طريقة (التجزئة النصفية) في اختبار الورشاخ حيث قامت (شكوك كثيرة) بشأنها.

(٣) إعادة التطبيق: تستخدم في هذه الطريقة نفس بطاقات الاختبار؛ وقد أثبتت دراسات العالم (فورد 1946 Ford) على الأطفال بأن معاملات الثبات للمحددات تراوحت بين (٠,٣٨ - ٠,٨٦) وقد أعيد التطبيق بعد شهر واحد. أما دراسة (إيشلر 1951 Eichler) فقد كانت الفترة بين التطبيقين ثلاثة أسابيع، وكان متوسط معاملات الارتباط في مقولات تصحيح متعددة هو (٠,٦٨) وكانت العينة مجموعة من الراشدين. وعند إعادة الاختبار على أطفال المدارس تراوحت المعاملات لمقولات متعددة بين (٠,٥٩ - ٠,٨٣). وفي دراسة (هولزبرج وويكسلر + Holzberg 1950 Wexler) كان المفحوصون (٢٠) فصائياً مزمناً ومعاملات الثبات هي: مقولات المكان من (٠,٥٠ - ٠,٩٠) والمحددات من (٠,١٦ - ٠,٩٦) والمضمون من (٠,٣٦ - ٠,٩٤) والدرجات النسبية من (- ٠,١٧ - ٠,٨٤).

وفي دراسة (آلتوس وتامسون 1949 Altus + Thompson) طبق (١٤) من معاملات الرورشاخ للذكاء :

Rorschach Indexes of Intelligence

على (١٠٠) طالب من طلاب الجامعة، واستخدم في ثباتها طريقة إعادة التطبيق، وتراوح مدى معامل الارتباط بين (٠,١٣ - ٠,٩٣) بمتوسط قدره (٠,٦٣).

وفي دراسة (بيكر وكريجر 1954 Baker + Creager) فقد تراوحت معاملات الثبات للترتيب بالتحزئة النصفية بين (٠,٧٤ - ٠,٩٧) بمتوسط ٠,٨٦.

(٤) التطابق: Matching

يعتبر كثيرون بأن هذه الطريقة من أفضل الطرق للتحقق من ثبات الرورشاخ، حيث يظل تقرير الرورشاخ كاملاً. وبحقق أسلوب الثبات بالتطابق على أساس الافتراض:

« هل للاستجابات نفس المعنى لدى خبراء مختلفين؟؟ »

فقد ذكر (كروجرمان: 1942 Krugman) على سبيل المثال أن (ثلاثة محكمين) اتفقوا تماماً في تطابق (٢٠) سجلاً للرورشاخ في تفسيراتها التي قام بها خبراء غيرهم.

و - في تقديرنا - أن من أبرز العوائق في استخدام طريقة التطابق هو عدم إمكانية الإجراء على عدد كبير من الحالات لأنها تحتاج إلى عدد كبير من المختصين ليقوموا بتصحيحها وتفسيرها.

(٥) التناقض الإدراكي والمفهومي: إن من الطرق الحديثة للتحقق من ثبات الرورشاخ مقارنةً ببق الحبر للرورشاخ مع استجابات لبق أخرى غيرها. وتدل النتائج في هذه الحالة على أن استجابات المفحوص لأنواع متعددة من الأدوات متناسقة بالنظر إلى عدد الاستجابات، وتعدد التفسيرات، واستخدام اللون. لكن البحوث حول هذه الطريقة الحديثة ما تزال جارية.

(٦) اختبار حدود الثبات أو (محاولة التزييف):

أطلق بعض العلماء على هذه الطريقة، أسلوب اختبار حدود الثبات:

Testing The Limits Of Reliability

فقد يزيّف أو يحرف المفحوصون النتائج على أي نوع من أساليب القياس اعتماداً على مقدار ذكائهم وقدرتهم على الجدل في المفاهيم النفسية؛ وعند استخدام هذه الطريقة في الرورشاخ، فإن الباحث لا يحاول بالفعل أن يحل مشكلة الثبات، بل يهدف للإجابة على هذا السؤال:

« هل يقاوم الاختبار محاولات الفرد لتزييف استجاباته بطرق معينة؟ وبذلك لا تمثل شخصيته التمثيل الصحيح ؟ »

وفي دراسة تجريبية أجريت على (٢٠) مفحوصاً، واستخدمت مقولات التصحيح المختلفة، نجح في مهمة التزييف (ثلاثة مفحوصين) فقط بمستوى دلالة (٠,٥٠) ومفحوصين اثنين بمستوى دلالة (٠,١٠).

ويتضح بصفة عامة أن ثبات الرورشاخ يصل إلى درجة مقبولة بطريقتي (التناقض الداخلي، وإعادة التطبيق) بعد فترة قصيرة نسبياً.

ومن الواضح أن الدراسات المعروفة لا تستطيع البرهان بوضوح على (ثبات الرورشاخ) بحساب الأساليب والمعايير المتعارف عليها في القياس النفسي، فإن المحكات والمفاهيم المتعددة في التحقق من الثبات (كما تطبق في اختبارات ذكاء أو استمدادات) لا يمكن تطبيقها على أداة مثل الرورشاخ لأنها أداة غير متشكلة: Unstructured .

اختبار الرورشاخ في الميزان: منذ نشر (هنري رورشاخ) كتابه الشهير (التشخيصات النفسية، 1922, Psychodiagnostics) فقد برزت آراء المحللين والنقاد حوله على شكل دراسات وبحوث تقييمية. وقد اهتمت الدراسات التجريبية في التركيز على (خصائص المثيرات في بقع الحبر). ويتناول الأخصائي في القياس النفسي درجات الرورشاخ كما لو كانت درجات اختبار مقنن، ويقدر الثبات والصدق بالوسائل القياسية النفسية في تحليل نتائج الاختبار كمياً وإحصائياً. وفي الدراسات التجريبية اعتبر العلماء (اللون) بمثابة - بؤرة الاهتمام - Target of Attention والنتيجة هي استخدام اللون كمثير إدراكي.

وثمة شعور بين الأخصائيين الإكلينيكين في أن أي مناقشة لجوانب القياس النفسي للرورشاخ قد تبدو (متناقضة ظاهرياً) حيث يبدو غموض أساسي في هذا الاختبار. ويظهر هذا الفشل بوضوح فيما بين التمييز بين الرورشاخ كأداة تحليل إسقاطية في أيدي إكلينيكي ممتاز وبين الرورشاخ باعتباره وسيلة قياسية نفسية، والتي تجعل للدرجات علاقة بتقييم الشخصية.

لقد أصبح واضحاً تماماً أن (التقديرات الكلية) للرورشاخ مفيدة؛ وعلى النقيض من هذا فإن الصدق القياسي النفسي لإجابات الرورشاخ منفصل

وإن النسب و (البروفابلات - الميانات النفسية) المأخوذة من هذه الدرجات لم تكن واضحة تماماً.

وبعض العلماء يميل إلى الاعتقاد بأن استخدام اختبار الرورشاخ كاختبار قياسي نفسي قد ثبت فشله. وإن عدم ملاءمته ليكون وسيلة قياس نفسي قد انضحت في جوانب كثيرة؛ فدرجات استجابات الرورشاخ ليست موزعة توزيعاً اعتدالياً. لذلك فإنها غير قابلة للتناول الإحصائي البارامترى؛ والواقع أن الكثير من درجات الرورشاخ مبتورة في توزيعاتها. وكنتيجة لهذا التوزيع غير المألوف فإنه من المستحيل تحويل الدرجات الخام إلى (درجات مقننة). وتزداد صعوبة هذه النواحي في التفسير لعدم وجود (بيانات معيارية) لختلف درجات الاستجابات على اختبار الرورشاخ^(٢٥).

وتوجد فجوات نقدية متعددة أثارها العلماء حول عدم ملاءمة اختبار الرورشاخ للقياس النفسي ومن هذه النقاط نقص الموضوعية في التعليلات لتصحيح (مختلف المتغيرات). وفي الحقيقة إن ذلك يدل على نقص التقويم المفهومي لتعريفها. ويوجد أيضاً نقص خطير في متطلبات القياس النفسي وهو (التعدد) في نسب أو مظاهر المثيرات التي يسببها الاستجابة لها من مفحوص إلى آخر. وقد أوضح العالم (جنسن Jensen 1959) الذي قام بمصر التراث الخاص بثبات الأساليب الإسقاطية؛ فأشار إلى دراسات الصدق والثبات، وخلص إلى أن كل بحوث ثبات اختبار الرورشاخ تقوم في مستوى أدنى غير مقبول بالنسبة للاختبارات الموضوعية.

وقد أكدت عدة بحوث عدم صلاحية هذا الاختبار كمقياس موثوق وأبرر هذه الدراسات هي:

أ - إن مقارنة نتائج استجابات اختبارات الرورشاخ بملاحظات

سلوكية على يد خبراء متخصصين ومدرّبين على ملاحظة سلوك مجموعات مختارة من الأفراد لفترة من الزمن؛ أعطت نتائج (غير متناسقة). وكانت الملاحظات كما أشار (سجر وسبون Singer and Sphon) تقارن بنتائج الرورشاخ من حيث مظاهر معينة للشخصية؛ مثل: التأدية العقلية، والقلق، والتعبير الانفعالي وغيرها.. وأجريت الملاحظات في أماكن مثل: عيم للأطعمال، أو مركز ترفيهي أو في المدرسة.

ب - قام العالم (كروجمان Krugman 1942) بدراسة استخدم فيها طريقة المقابلة بالتطابق بين تفسيرات الرورشاخ والتقارير الإكليبسيكية للحالات. واستخدم في الدراسة أسوياء ومراهقين من بيوت بديلة؛ ومنحرفين. وقد اتضح اتفاق أساسي مقداره (٧٣٪) من المقاربات، واتفاق تام في (٢١٪) واتفاق بسيط في (٦٪) وكانت نتائج بعض الدراسات الأخرى لا تتفق مع نتائج هذه الدراسة. فقد ذكر (هنتر Hunter 1939) بأن (خسة) فقط من خمسين تقرير للرورشاخ قد قوبلت بالتطابق للأوصاف التي كتبها المدرسون لطلاب مدارس خاصة.

ج - إجراء الصدق تحريبياً؛ وذلك عن طريق التأثير على المفحوصين؛ أو تغيير المشير؛ أو بيان علاقة استجابات الرورشاخ بردود أفعال فيزيولوجية. ولم تكن النتائج متناسقة تماماً وأثارت بعض البحوث (شكوكاً) حول حدود الاختصار ككل وبالذات عن مفاهيم الرورشاخ الخاصة بدور اللون.

وعلى الرغم من أن أساليب الصدق تختلف في تفاصيلها فإنها تنحصر في فئتين هما:

التجريبي؛ والتطابقي؛ وهي الأكثر استخداماً والأكثر دلالة وتعتمد

أساليب التطابق على أن الأوصاف والتشخيصات في الرورشاخ ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالأوصاف والتشخيصات التي يمكن التوصل إليها باستخدام أساليب أخرى، عادة من تواريخ الحالات، والدراسة الإكلينيكية (الطويلة المتأنية).

وأخيراً يجب الإقرار بأن الرورشاخ (ليس اختصاراً لكنه أسلوب) لإظهار معلومات عن الشخصية، ويمكن استخدامها بوسائل مختلفة بالرجوع إلى مشكلات مختلفة.

تطوير عملي لاختبار الرورشاخ

تحويل الرورشاخ من (أسلوب) فردي إلى (اختبار) جماعي:

اتضح لكثير من العلماء أن تطبيق الرورشاخ كأسلوب فردي يحتاج إلى الكثير من الجهد والوقت، ويستلزم خبرة فائقة في التصحيح والتفسير. وقد اكتشف العالمان (إريكسون وشتينر):

Harror-Erickson And Steiner, 1945 طريقة - للتطبيق الجماعي للرورشاخ - وذلك بمرض اللوحات المصورة على (شرائح في فانوس سحري) واحدة بعد الأخرى ولدة (٣) دقائق لكل واحدة، ثم يدوّن المفحوصون استجاباتهم حول كل صورة معروضة. ثم ابتكر (إريكسون وشتينر) طريقة جديدة مؤداها: (ثلاث مجموعات من الاستجابات - كل مجموعة ١٠ استجابات) لكل لوحة من لوحات الرورشاخ وعلى المفحوص أن يختار من كل مجموعة الاستجابة التي يفضلها، وهذه الاستجابات هي الأكثر تردداً لدى كل من الأسوياء وغير الأسوياء (١٥ استجابة لكل فئة).

مجهودات آيزينك وتبسيطاته:

قام آيزينك بتبسيط وتقنين محاولات (إريسكون وشتينر) فقدم (٩) استجابات لكل لوحة؛ (٤) استجابات منها تدل على (المصايبة) و (٥) استجابات (سوية). وعلى المفحوص اختيار الاستجابات التي تنطبق على اللوحة في ترتيب متتابع من حيث التفضيل، وذلك لجعل (التطبيق الحملي) أكثر موضوعية ولتحقيق (الثبات والصدق) وإجراء كافة التحليلات الإحصائية.

وانتهى (آيزينك Eysenck 1947) إلى أن هذه الطريقة مكنته من قياس (سمة محددة) للغاية للدلالة العصائية Neuroticism هي (عدم المطابقة Lack of Conformity) وبذلك بلغ معامل الثبات النصفى (٠,٨٤) - بعد تصحيح سبيرمان براون - واستجابات اللوحة الثانية التي يختار منها المفحوص في طريقة آيزينك هي:

() حشرة داس عليها أحدهم وشوها.

() ثعبان.

() وجوه صغيرة على الجوانب.

() جزء من العمود الفقري ملطخ بالدم.

() مفارة أو كهف.

() قنبلة تنفجر.

() فيلان.

() إثنان من فرقة السلياتشو.

() أسود وأحمر.

وقد استخدم الدكتور عطية محمود هنا (١٩٦٦) طريقة آيزينك في دراسة أنماط الاستجابات في التطبيق الجمعي للرورشاخ في بيئة جمهورية مصر العربية، وقد انتهى إلى أن الدلالة العنصية في البيئة المصرية لا تتفق مع نتيجة بحث آيزينك.

ويضيف د. عطية معلقاً:

«... ورغم أن (التطبيق الجمعي) لاختبار الرورشاخ لا يعطينا صورة كاملة للشخصية كذلك التي نحصل عليها من (التطبيق الفردي) حين يُضحي بقياس زمن الإجابة، وملاحظة سلوك المفحوص، والحرية الطليقة للمفحوص في موقف الاختبار الفردي، بالإضافة إلى الدلائل التي يحصل عليها الفاحص من استفساره عن بعض استجابات المفحوص، كما لا تظهر الدلائل التشخيصية للألوان وما يتيحها التطبيق الجمعي هو الضبط الموضوعي، والتحليل الإحصائي وقياس الثبات والصدق، وبذلك يسهل استخدامه في كثير من البحوث النفسية الإكلينيكية.»

وخلاصة القول: إن اختبار الرورشاخ له قيمة في بيان الاضطرابات النفسية. وإن قيمته في (التمييز الفارق) بين الأفراد في المجموعات المتوسطة محدودة، ويرجع هذا لسببين:

أ- إن الفروق بين الأفراد في (المجموعات المتوسطة) ليست واضحة، ومن هنا كان من الصعب قياسها أو تقديرها.

ب- إن الاختبار ليس حساساً للكشف عن الفروق الدقيقة. وهو يحتاج للعديد من البحوث التجريبية والإكلينيكية؛ ودراسات معيارية لمستويات الأعمار والجنس والمستويات الحضارية والاقتصادية.

ويشدد النقاد على نقص الموضوعية فيه، والاعتماد على التقديرات الشخصية للمفسر والمصحح، والصدق المحدود، وتحديد الاستخدام الإكلينيكي. وإن المختصين في الرورشاخ أمثال العالم (هارووير 1961 Harrower) وغيره مدركون تماماً للمشكلات الخاصة بهذا الاختبار وهم يحاولون مواجهتها كمشكلة الثبات، والصدق والفائدة الإكلينيكية، والقيمة الإرشادية، ودراسة الحالات والقدرة على التنبؤ وكلها مشكلات أساسية وتستدعي المزيد من العمل العلمي والبحوث.

اختبار هولترمان الجديد لبقع الحبر الإسقاطية:

اشكر أربعة علماء هم (هولترمان، وثورب، وشارتز، وهيرون عام ١٩٦١ Holtzman, Thorpe, Swartz + Herron) اختصاراً حديثاً لبقع الحبر يراعي (إجراءات القياس النفسي المقتنة). وقد وجد هؤلاء العلماء أن من الممكن ترتيب استجابات بقع الحبر ترتيباً ثابتاً بمقاييس هولترمان المتدرجة. كما يمكن تطبيق وسائل القياس النفسي باستخدام مقاييس هولترمان المتدرجة أيضاً، وبذلك يتمكن المختص النفسي الإكلينيكي من إجراء عمليات التفسير الخاصة باختصار الرورشاخ.

ويتكون (اختبار هولترمان) من صورتين تتكوّن كل صورة منها من (٤٥) بطاقة، وعلى المفحوص أن يستجيب استجابة واحدة لكل بطاقة وبذلك أمكن صط العدد الكلي للاستجابات، وهو (سبياً ثابت) من

شخص لآخر، فضلاً عن أن المقارنات بين الأفراد ذات معنى أكبر، حيث أن عدد الاستجابات كبير وثابت. كما أن وجود صورتين يمكننا من إجراء الثبات لكل متغير وكانت معاملات الثبات للمتغيرات عالية في الغالب. وهي بين المصححين وأنفسهم تراوحت بين (٠,٧٣ - ٠,٨٩) على عينة من (٧٢) طالباً جامعياً. كما كانت النتائج متناسقة وصادقة بمقارنتها باستجابات الرورشاخ (*) .

حواشي الفصل الرابع عشر

- (1) Shaffer, G W + Lazarus, R S. Fundamental Concepts In Clinical Psychology, New York, McGraw Hill,- 1952
- (2) Gough, H G California Psychological Inventory, Palo Alto, California- Consulting Psychological Press Inc, 1969
- (٣) الصورة المترجمة إلى اللغة العربية: د. عطية محمود ها، د. محمد سامي ها. القاهرة - دار النهضة العربية - ١٩٧٣.
- (٤) الاختبار في الأساس يطبق للس (١٢ - ٧٠) سنة من العمر، ويوصي معرباً الاختبار البدء به في البيئة العربية من (١٥ - ٧٠) وتبين من خلال التطبيق أنه يحتاج من (١٢٠ - ١٤٠) دقيقة ويعود ذلك لعدم ألفة الطلبة العرب لهذا النوع وغيره من الاختبارات النفسية.
- (٥) نقله إلى العربية د. عطية محمود ها - القاهرة - مكتبة النهضة العربية - ١٩٦٥ - كراسة التعليقات، الأسئلة، صفحة تحليل النتائج - المبيان النفسي إلح..
- (٦) نقله إلى العربية الدكتور محمد عثمان محاتي ١٩٦٠ - القاهرة - مكتبة الأجلو المصرية.
- (٧) نقله إلى العربية د. لويس مليكة، د. عطية ها، د. محمد عماد اسماعيل. مكتبة النهضة العربية - القاهرة (١٩٥٦ - ١٩٥٩). وقام د. لويس مليكة بتقنين معظم مقاييسه في جمهورية مصر العربية. وأخرى د. مصطفى سويف و د. محمود الريادي (دراسات عاملية) على معظم مقاييس اختبار مايسوتا
- (8) Welsh, G S And Dahlstrom, W G, Basic Readings On The M M P I In Psychology And Medicine, Minneapolis, University of Minnesota Press 1956
- (٩) تميل حالياً آراء كثير من الأطباء العصائين إلى سوء (علاقة) بين السلوك العصامي والإدمان على المخدرات التي كثيراً ما تقود المراهقين من الشباب إلى

الانتحار . وقد صور الفيلم الأمريكي الجديد (موت ريتشي): The Death Of Richie جانباً من مآسي الشباب التي انتقلت إلى البلاد العربية وإلى منطقة الخليج ومدارسها وجامعاتها بالدات؟ ترى ماذا أعددا من برامج للشباب الذي ينهار في أتون (الفراغ الروحي والفكري والمهني). إن ثمة بوادر خطيرة قد بدأت تنذر بالخطر في لبنان وسوريا والكويت والبحرين والإمارات ومصر والسعودية ومراكش وغيرها وسوف تتكرر عبدا مأساة ريتشي.

(10) Pope, B And Scott, W H.

psychological Diagnosis In Clinical Practice, New York, Oxford University Press, 1967,

(11) Shaffer, G W And Lazarus, R, S Fundamental Concepts In Clinical Psychology, New York, Mc Graw Hill, 1952.

(١٢) د . أحمد عبد العزيز سلامة: تطبيق اختبار تفهم الموضوع على حالات مصرية ١٩٥٦ .

(13) Lindzey, G On The Classification Of Projective Techniques, Psychol Bull ,1959, PP. 158- 168

(١٤) انظر: Freeman, 1962

(14) Freeman, F S . Theory And Practice Of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962

(15) Rhode's Sentence Completion Test

(16) Rotter Incomplete Sentence Blank.

(17) Loevinger, Jane- The Meaning and The Measurement Of Ego Development, The American Psychologist, 1966, PP 195- 217

(١٨) شرت هذا الاختبار (كاريس ماكوفر: 1949 (K Machover-

(١٩) انظر: لويس مليكة: دراسة الشخصية عن طريق الرسم - مكتبة النهضة المصرية ١٩٦٨ .

(٢٠) راجع للتفصيل: رسالة الماجستير للدكتور عبد العزيز سلامة - كلية التربية - جامعة عين شمس - القاهرة - بإشراف الدكتور مصطفى مهدي .

- (٢١) كثير من الأخصائيين يقومون بعملية التسجيل على أشرطة أو كاسيت.
- (٢٢) راجع: د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - دار مصر للطباعة ١٩٦٧ - ص (٥٤٣ - ٥٥٢) اختبار الأطفال لتفهم الموضوع.
- (٢٣) عن أحمد عبد العزيز سلامة: إستارة (بلاك) لرصد وتحليل استجابات المفحوصين لاختبار تفهم الموضوع (كراسة التلميذات) - القاهرة مطبعة التقدم - بدون تاريخ.
- (٢٤) اختبار تفهم الموضوع يستخدم أيضاً (مع الأسوياء) في الجامعات والمدارس والكليات للكشف عن اتجاهات الشخصية وميولها الإسقاطية.
- (25) Murray, H. A. (E. d) Explorations In Personality; New York, Oxford University Press, 1938, 1953
- (26) Pope and Scott. Psychological Diagnosis in Clinical Practice, New York, Oxford University Press. 1967
- (27) Freeman. F. S., Theory And Practice Of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962
- (٢٨) انظر: د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي ص ٤٩١ - ٤٩٥ دار النهضة العربية - القاهرة - الطبعة الثانية - ١٩٧٦.
- (٢٩) نفس المصدر السابق: ص ٤٩٥ - ٤٩٧.
- (٣٠) راجع: تكنيك الرورشاخ: ترجمة د. سعد جلال: ١٩٦٥ (كلوبفر ودافيدسون) القاهرة - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والحائية.
- (*) أو سيد محمد غنيم وبرادة (هدى عبد الحميد): الاختبارات الإسقاطية: القاهرة (دار النهضة العربية) ١٩٦٤.
- (٣١) هذا النموذج استجابة (عميد كلية) عمره (٦٠) عاماً وهو حاد الذكاء وإداري كفاء.
- (٣٢) لاغنى للقارئ من العودة للتفاصيل التي توصل إليها (برونو كلومر وهيلين دافيدسون) في كتابها (تكنيك الرورشاخ) ترجمة: سعد جلال القاهرة - ١٩٦٥ - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والحائية.

(33) Freeman, F S., Theory And Practice Of Psychological Testing,
New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962

(٣٤) راجع (سيد غنيم وهدي برادة) الاختبارات الإسقاطية - القاهرة - دار
النهضة العربية - ١٩٦٤ .

(٣٥) هنالك ضرورة ماسة في الوطن العربي للحذر من التقليد الأعمى في
(الاعتدال الكامل) على ثبات وصدق الكثير من الاختبارات المستوردة من هذا النوع؛
وثمة ما يبرر هذا الحذر وضرورة الالتزام به.

(*) - راجع:

د. عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي (الجزء الأول - التشخيص) ١٩٧٦
الطبعة الثانية - دار النهضة العربية - القاهرة - ص ٤٩٧ - ٥٥٧ .

- سيد غنيم وهدي برادة: الاختبارات الإسقاطية - دار النهضة العربية
١٩٦٤ - القاهرة .

- Rapaport, D, Gill, M Schafer, R ; Diagnostic Psychological Testing,
Chicago, The Year Book Publishers, 1946

- Freeman, F. S.; Theory And Practice Of Psychological Testing, New
York, Holt, Rinehart And Winston, 1962

- Krugman, J I; A Clinical Validation Of The Rorschach With
Problem Children, Rorschach Research Exchange, Vol- 6 PP 61- 70,
1942.

- Harrower, M R + Steiner, M E:

Psychodiagnostic Inkblots, New York, Grune + Stratton, 1945

- Ford, M, The Application Of The Rorschach Test To Young
Children, Minneapolis; University Of Minnesota- 1946

- Eishler, R, M , A Comparison Of The Rorschach And Behn-
Rorschach Inkblot Test, J. Consult Psychol, Vol 15. PP. 185- 189- 1951

- Holzberg, J D + Wexler, M Predictability Of Schizophrenic

Performance On The Rorschach Test, J Consult Psychol, Vol, 14, PP. 395, 399, 1950

- Altus, W.D. + Thompson, G. M., The Rorschach As A Measure of Intelligence, J Consult Psychol. Vol 38, pp, 341 – 374; 1949
- Baker, L M , + Creager, J A Rating Scale Technique, Applied To Rorschach Responses, J Cons Psychol , Vol 10, PP 373-375-1954.
- Jensen, A. R; The Reliability Of Projective Techniques; Review Of The Literature, Acta Psychol, Vol, 6, PP 108- 136, 1959
- Harrower- Erickson, M. R. + Steiner, M. E; Large Scale Rorschach Technique, A Manual For The Group Rorschach And Multiple Choice Test, Springfield, Ill. Thomas, 1945
- Eysenck, H. J.; Dimensions Of Personality, London, Kegan Paul, 1947.
- Horrower, M , The Practice of Clinical Psychology, Springfield, Ill, . Thomas, 1961
- Holtzman, W H; Thorpe, J. S, Swartz, J. D, + Herron, E W Inkblot Perception And Personality, Austin; University Of Texas Press, 1961.

- د. عطية هنا:

« تحليل إكلينيكي وإحصائي لاختبار الرورشاخ الجمعي في البيئة المصرية. »
١٩٦٦ - القاهرة - غير منشور.

الفصل الخامس عشر

المقاييس العملية واختبارات تقييمية إضافية

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد.....
- الاختبارات العملية الرئيسية:
 - ١ - مقياس كورنل - كوكس للقدرة العملية
 - ٢ - مقياس آرثر للنقط.
 - ٣ - اختبار بنتر - باترسون.
 - ٤ - اختبار رسم الرجل (عود إيف).
- اختبارات تقييمية إضافية:
 - اختبار (رود حرر) اللعطي للأطفال.
 - اختبارات إسقاطية إضافية:
- ١ - اختبار (حاكسون) لتحليل الاتجاهات العائلية.

- ٢ - اختبار (ماكس) لتكملة الجمل.
- ٣ - اختبار (بلاكي) لدراسة التطور النفسي - الحسي.
- ٤ - اختبار (شنايدمان) لتشكيل الصور.
- ٥ - اختبار (لوففلند) لتسهيل الاتصال (اختبار العالم).
- ٦ - اختبار اللعب بالدمى (دافيدلين).
- ٧ - اختبارات الرسم (كاريس ماكوفر).
- ٨ - اختبار (روندي): (ليوت زوندي).

الفصل الخامس عشر:

المقاييس العملية واختبارات تقييمية إضافية

تمهيد: لقد أشرنا سابقاً إلى أن الأطفال أو الكبار من يعانون بعض العاهات الحسية أو اللفظية كميوب النطق وغيرها لا يمكنهم الاستفادة من الاختبارات (النظرية - اللفظية) ولا بد لنا من استخدام وسائل أخرى معهم للتقييم ولذلك برزت الحاجة لوجود (اختبارات عملية) لتملأ هذا الفراغ؛ وتسد هذا النقص. وتحتوي هذه الاختبارات على فقرات يطلب فيها من المفحوص أن يفعل شيئاً لا أن يقول شيئاً. مثال ذلك أن نطلب من المفحوص أن يسير بالقلم في المسارات الصحيحة لنهاة، أو أن يقوم بوضع أشكال معينة في الفجوات المناسبة لها على لوحة لهذه الأشكال، أو أن يقوم بتجميعات لمكعبات في شكل معين، أو أن يقوم بتجميع أجزاء صورة مقطعة بطريقة معينة.. إلخ..

وصحيح أن مقياس (ستانفورد - بينيه) ومقياس (ويكسلر - بلفيو) للذكاء يحتويان على فقرات من هذا النوع، ولكن لا تزال هذه الاختبارات تحتاج إلى استجابات لفظية، وأما الاختبارات العملية فقد صممت أساساً للاستغناء عن هذه الاستجابة اللفظية.

ومجد أحياناً في هذه الاختبارات فقرات تشبه تلك الموحدة في اختبارات الاستعدادات الميكانيكية أو المهارة اليدوية، ولكنها لم تصمم

لقياس هذه القدرات، وإنما لكي نستدل على الذكاء من قدرة الشخص على معالجة هذا العمل اليدوي بطريقة معينة.

وستتناول في هذا الفصل أبرز (الاختبارات العملية) الشائعة:

١ - مقياس كورنل - كوكس للقدرة العملية.

٢ - مقياس آرثر للنقط.

٣ - اختبارات بنتنر- باترسون.

٤ - اختبار رسم الرجل (غود إنف).

١ - مقياس كورنل - كوكس للقدرة العملية:

The Cornell Coxe Performance Ability Scale

وضع هذا المقياس (إثيل كورنيل، ووارين كوكس: Ethel L. Cornell and Warren W. Coxe).

ويحتوي على بعض لوحات الأشكال المستخدمة في مقاييس أخرى منها اللوحة رقم (٩) ورقم (١٠) من اختبار باترسون؛ واختبار ترتيب الصور يعتبر مشابهاً لما هو موجود في مقياس ويكسلر- بلقيو لذكاء الأطفال. واختبار تذكر الأشكال يعتبر شبيهاً لذلك الموجود في مقياس ستانفورد - بينيه حيث يطلب من المفحوص أن يترجع من الذاكرة شكلاً معيناً بعد أن يراه لمدة (١٠) ثوان. أما اختبار ساء المكعبات فيطلب من المفحوص أن يني بالمكعبات أشكالاً مطابقة لنماذج موضوعة أمامه، ثم اختصاراً لتكميل الصور. وتصحح هذه الاختبارات على أساس الدقة

والوقت: Precision and Time فيما عدا ترتيب الصور وتكميل الصور وتذكر الأشكال.

٢ - مقياس آرثر للنقط:

Arthur Point Scale of Performance Tests

قامت العالمة (عريس آرثر 1930 Grace Arthur) بإعادة تقنين ثمانية اختبارات من بطارية (بنتنر- باترسون) وأضافت إليها اختبارات جديدين. ويعرف هذا المقياس باسم الصورة (١) وهي عبارة عن الاختبارات (١٥)، (٢، ٤، ٥، ٩، ١٠، ١٢) ثم متاهات (بورتوس) Porteus Maze، واختبار لثناء المكعبات: Koh's Block-Design.

واختبار متاهات بورتوس وقد وضعه بورتوس، هو عبارة عن سلسلة من المتاهات تتدرج في الصعوبة والمطلوب من المفحوص أن يسير بالقلم في الطريق الصحيح من المداخل إلى مكان الخروج. وأما الصورة (٢) من مقياس آرثر فهي مكونة من الاختبارات (١٥، ٢) من (بنتنر- باترسون) ومتاهات بورتوس واختبار المكعبات: Koh's-Block والاختبارات رقم (٦، ٣) واختبار تكميل الصور لهيلي (الصورة-٢): II. Healy Picture Completion. ويقوم تصحيح هذا المقياس على أساس الوقت والأخطاء. ثم تترجم هذه الدرجات الخام إلى درجات موزونة. ومن الممكن تحويل مجموع هذه الدرجات الموزونة إلى عمر عقلي.

وقد وضع هذا المقياس أساساً بوصفه (أداة إكلينيكية) ليستخدم بدلاً عن مقياس ستانفورد- بينيه في الحالات التي يتعذر فيها استخدام اللغة،

وتمتد آثر أن القدرات الأساسية التي يحتاجها هذا الاختبار هي نفسها القدرات التي يحتاجها اختبار ستانفورد- بينيه. والواقع أن معاملات الارتباط بين نسب ذكاء ستانفورد بينيه ونسب ذكاء مقياس آرثر مرتفعة جداً إذا قورنت بمعاملات الارتباط بين الاختبارات الأخرى.

ويجب أن نؤكد هنا مرة أخرى؛ أن الأخصائي الإكلينيكي يجب أن لا يحدد نفسه فقط نتائج اختبار واحد كهذا أو غيره بل يهتم بمعاملات الترابط بين العديد منها وعلاقتها مع وسائل التشخيص الأخرى من مقابلة ودراسة للحالة وأداء عملي وغيرها. وعلى هذا، فإن نتائج الاختبار توضع في السياق النفسي للفرد، فنقارن نتائجها بكل المعلومات التي أمكن الحصول عليها عن الحالة. ويجب أن نبني التفسير على هذا الأساس من الشمولية والتكامل. وهناك مقاييس عملية أخرى كثيرة على نفس المنوال، ولكن مقياس (بنتنر - باترسون، ومقياس آرثر للنقط) يعدان أهمها جيماً وأكثرها استخداماً في المجال الإكلينيكي.

٣ - اختبارات (بنتنر - باترسون):

Pintner Paterson Scale of Performance Test

تعتبر هذه المجموعة من اختبارات باترسون من أولى وأبرز بطاريات الاختبارات العملية وقد وضعها العالمان (رودلف بنتنر، ودونالد باترسون: Rudolf Pintner + Donald Paterson) في عام ١٩١٤؛ فقد قاما بتقنين عدة اختبارات صممها (وليم هيلي، وغريس فربالد William Healy + Grace Fernald) واختبارات أخرى قاما بتعديلها وتصميمها.

وأصبحت الصورة النهائية لهذه البطارية مكونة من (١٥) اختباراً من الممكن تطبيقها دون الحاجة إلى استئمال المفحوص لأية لغة شفوية.

(١) اللوحة الأولى: Mare and Foal Form Board

وهي عبارة عن صورة رسم عليها حصانان. ثم تحرك أجزاء الصورة ويطلب من المفحوص أن يعيدها إلى أماكنها الصحيحة، ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء التي وقع فيها.

(٢) اللوحة الثانية: Seguin Form Board

وهي لوحة عليها (عشرة) أشكال هندسية والمطلوب وضع هذه الأشكال في أماكنها الصحيحة. ويعطى الدرجة على أساس أقصر وقت يستغرقه في ثلاث محاولات.

(٣) اللوحة الثالثة: Five Figures Board

وهي عبارة عن (٥) أشكال هندسية؛ قطع كل منها إلى جزءين أو ثلاثة. وعلى المفحوص أن يضع كل قطعة في مكانها الصحيح. ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

(٤) اللوحة الرابعة: Two Figures Board

وهي عبارة عن شكلين هندسيين؛ قطع أحدهما إلى أربع قطع والآخر

إلى خمس قطع والمطلوب وضع كل قطعة في مكانها الصحيح، ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الحركات.

٥) اللوحة الخامسة: **Casulist Board**

وهي عبارة عن لوحة بها (٤) فراغات وعلى المفحوص أن يضع فيها (١٢) قطعة بالوضع الصحيح. ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

٦) اللوحة السادسة: **Triangle Test**

وهي عبارة عن أربع مثلثات، وعلى المفحوص أن يضع كل مثلث في مكانه الصحيح ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

٧) اللوحة السابعة: **Diagonal Test**

وهي عبارة عن خمسة أشكال مختلفة يجب أن توضع في شكل مستطيل. وتعطى الدرجة أيضاً على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

٨) اللوحة الثامنة: **Healy Puzze A.**

وهي عبارة عن (٥) مستطيلات بأحجام مختلفة، والمطلوب وضعها في

إطار مستطيل. ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الحركات المستخدمة.

(٩) اللوحة التاسعة: Manikin Test

وهي عبارة عن أدرع وأرجل خشبية ورأس وجدع، والمطلوب تحميم هذه الأجزاء لتعطي شكل رجل. وتعطى الدرجة على أساس دقة الأداء.

(١٠) اللوحة العاشرة: Feature Profile Test

وهي عبارة عن قطع خشبية توضع بعضها جانب بعض فتعطي شكلاً جانبياً لوجه وتعطى الدرجة على أساس الوقت.

(١١) اللوحة الحادية عشرة: Ship Test

وهي صورة لسفينة قطعت إلى (١٠) أجزاء متساوية الحجم والشكل والمطلوب تحميمها في إطار مستطيل وتعطى الدرجة على أساس الدقة في الأداء.

(١٢) اللوحة الثانية عشرة: Healy Picture Completion

وهي عبارة عن صورة كبيرة قطعت منها (١٠) مربعات، والمطلوب من المفعوص أن يملأ هذه المربعات العشرة من بين (٤٧) قطعة من نفس الحجم والشكل، وتعتمد الدرجة على الدقة في التكميل خلال عشر دقائق.

١٣) اللوحة الثالثة عشرة: Substitution Test

وهي عبارة عن صفحة عليها أشكال هندسية (٥) أشكال مختلفة، ويقابل كل شكل رقم. وعلى المفحوص أن يطابق بين أرقام متعددة الأشكال وضمت في أعلى الصفحة. وتعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

١٤) اللوحة الرابعة عشرة: Adaptation Board

وهي عبارة عن لوحة فيها فجوات تتناسب مع مكعبات صغيرة وأخرى كبيرة. وعلى المفحوص أن يركز انتباهه ويضع المكعبات الكبيرة في الفجوات الكبيرة، بينما تحرك اللوحة في أربعة اتجاهات مختلفة، وتعطى الدرجة على أساس عدد الحركات الصحيحة.

١٥) اللوحة الخامسة عشرة: Cube Test

وهي عبارة عن أربعة مكعبات (بوصة واحدة) توضع أمام المفحوص بينما يتناول الفاحص المكعب الخامس ويدق به بنظام معين، ويطلب من المفحوص أن يدق بنمط الطريقة. وتزداد طريقة الدق بالتدرج طويلاً وتعقيداً. وتعطى الدرجة على أساس كمية المحاكاة الصحيحة.

ويصلح هذا الاختبار للأعمار من (٤ - ١٥) سنة، وقد وضع المؤلفان لتصحيح الاختبار ثلاثة طرق وهي: متوسط العمر العقلي والنقط والرتب المثوية. ويبنى متوسط العمر العقلي على متوسط الأعمار العقلية التي يحصل عليها الفرد في كل اختبار فرعي على حدة.

تقييم اختبارات بنتنر - باترسون:

إن شيوع هذه الاختبارات واستخدامها في صور مختلفة يدفعنا للاهتمام بتقييمها. وإن من الثابت أن هذه الاختبارات تتأثر (بالتدريب والمران) إلى حد كبير؛ كما أن النجاح (بالصدفة) يلعب فيها دوراً أكبر من دوره في المقاييس اللفظية؛ ولهذا فإن معاملات الثبات لهذه الاختبارات تكون عادةً منخفضة. ويفيد هذا المقياس في حالات الأطفال الصغار؛ وضعاف العقول، أو مع الكبار المتدهورين عقلياً؛ ولكنه لا يتناسب مع الأطفال الأسوياء أو الراشدين. هذا بالإضافة إلى أن هذه الاختبارات لا تتناسب بدقة بالنجاح المدرسي (لأن النجاح المدرسي يتوقف إلى حد كبير على استخدام اللغة).

ومن عيوب هذه الاختبارات أنها ترتبط ارتباطاً ضعيفاً مع الاختبارات اللفظية حين تكون (العينة) متقاربة في السن أو في القدرة، وحين تكون (العينة) متفاوتة في الأعمار وفي القدرة تزداد معاملات الارتباط. وهذا يوحي بأنه على الرغم من وجود تطابق بسيط بين القدرات التي تقيسها الاختبارات العملية؛ وتلك التي تقيسها الاختبارات اللفظية، إلا أن هذين النوعين من القدرات يتزايدان بتزايد السن. وقد أجرى العالم (تشارلز موريس Charles Morris) دراسات عاملية على (٣٤) اختباراً من هذه الاختبارات العملية وخرج من دراساته هذه بأن العوامل الأساسية التي تقيسها الاختبارات العملية والاختبارات اللفظية يكمل كل منها الآخر ولكن لا يمكن تبادلهما، أي أننا لا نستطيع أن نتنبأ بدقة بسلاح الفرد في اختبار لفظي من أدائه في اختبار عملي والعكس صحيح.

٤ - اختبار رسم الرجل (فلورنس غود إنف):

The Goodenough Drawing Test

وضعت هذا الاختبار العالمة (فلورنس غود إنف: Florence L. Goodenough). بعد أن استعرضت عدداً ضخماً من الملاحظات التي أجريت على رسوم الأطفال من كل الثقافات والأجناس. وبناء على مسحها هذا فقد قامت بتقسيم اختبارها الذي أصبح واحداً من أكثر الاختبارات الإكلينيكية شهرة وانتشاراً.

إن هذا الاختبار شديد البساطة في إجراءاته، إذ نعطي الطفل ورقة وقلم، ونطلب منه أن يرسم رجلاً.

ويصحح هذا الرسم على أساس النقاط التي يحصل عليها عن كل جوانب هذا الرسم. وإن من البديهي - عند الحكم على الرسم - أن نستبعد تماماً المستويات الفنية؛ والأحكام الشخصية. ويحتوي المقياس على (٥١) نقطة، مثلاً، عندما يرسم المبحر (الرأس) بوضوح يعطى درجة؛ وإذا رسم ملامح الوجه دون أن يحدد إطار الرأس لا يعطى شيئاً. وعندما يوضح (وحد الساقين) يعطى درجة ويجب أن يكون العدد صحيحاً، فإذا كان الرجل مواجهاً للصفيحة فلا بد أن يكون هناك ساقان، أما إذا كان الرسم جانبياً فمن الممكن أن يأخذ الدرجة إذا رسم ساقاً واحدة. كذلك لا بد من وجود (الذراعين والجدع)، ويعطى درجة إذا كان طول الجذع أطول من عرصه؛ كما يعطى درجات إضافية إذا كانت الأكتاف مرسومة بوضوح، وإذا كانت الذراعان والساقان مرتبطتان بالجدع، وإذا وجدت الرقبة والعيان والأنف.. وهكذا.. ومن الممكن تحويل الدرجة التي يحصل عليها

المفحوص إلى (عمر عقلي) ويصلح هذا المقياس للأعمار من سن (٣,٥ - ١٣,٥).

ومعامل ثبات هذا الاختبار مرتفع، إلا أن اختبارات الرسم هذه لا ترتبط ارتباطاً عالياً بالاختبارات الأخرى التي تقيس الذكاء. وبصفة عامة؛ إن هذه الاختبارات تُتيح للأحصائي النفسي فرصة (ملاحظة المريض) ويستطيع. من خلال رسمه - الحكم على بعض ملامح شخصيته.

وقد اختصر (رالف بيردي (Ralph Berdie) هذا الاختبار إلى (٢٠) فقرة فقط. وقد أجرى (حوزبورغ (Gunsburg) دراسة على هذا الاختبار استخرج فيها معامل الارتباط بين هذه الصورة المختصرة (مقياس بيردي) وبين الجزء العملي من مقياس (ويكسلر - لثيو)، وكان هذا المعامل (٠,٧٣) وذلك عندما استبعد رسومات الحالات المرضية. ومن ناحية أخرى عندما استخرج معامل الارتباط بين هذا الجزء العملي وبين الرسومات المرضية انخفض معامل الارتباط إلى (٠,٣٦) وكثيراً ما يستخدم هذا المقياس في الميدان الإكلينيكي استخداماً (كيفية أكثر منه كميّاً)^(١).

[اختبارات تقييمية إضافية]

اختبار (رودجرز) اللفظي للأطفال:

وضع هذا الاختبار (ك. رودجرز) حين كان عضواً في مؤسسة توجيه الأطفال بمدينة نيويورك. وقد نقله إلى اللغة العربية د. مصطفى فهمي^(٢). وهو صالح للأطفال بين سن (٩ - ١٦) ويطلق فردياً على من هم أقل من

العاشرة وجماعياً على من هم فوق العاشرة. ومدة إجراء الاختبار هي فيما بين (٤٠ - ٥٠) دقيقة. وهو يكشف العديد من الانحرافات النفسية^(٣).

أبعاد الانحرافات التي يكشفها هذا الاختبار:

١ - الشعور بالنقص: يوضح هذا الاختبار على وجه التقريب ما قد يعتقد الطفل في نفسه من قصور جسي أو عقلي، كأن يظن أنه أقل من قرنائه قدرة على الفهم، أو أضعف نبيةً، أو أقل ملاحظة وأحط مقدرةً.

٢ - سوء التكيف الاجتماعي: فالاختبار يبين مبلغ حسن تكيف الطفل للجماعة التي ينشأ فيها، كما يكشف عن مبلغ رضا الطفل عن علاقاته الجماعية وعجزه أن يتخذ لنفسه أصدقاء أو حوله الاجتماعي - أعني قلة لساقتة وسط الجماعة.

٣ - العلاقات العائلية: يكشف هذا الاختبار عن نوع علاقة الطفل بوالديه ومخالطته، ويدخل في ذلك شعور الطفل بالغيرة من الوالدين أو الإخوة وحلافاته معهم، وشعوره بأنه شخص غير مرغوب فيه، وتفانيه في الانتكال على والديه أو أحدهما.

٤ - أحلام اليقظة: وضع الاختبار لقياس مبلغ جنوح الطفل إلى الخيال والإغراق في الوهم.

الاختبار الأول:

التعليات

ضع رقم (١) أمام الشخص الذي تحب تحويل نفسك إليه بشكل جيد جداً.

ضع رقم (٢) أمام الشخص الذي تحب أن تكون مثله بعد الاختيار الأول.

ضع رقم (٣) أمام الشخص الذي يلي في اختيارك بأن تكون مثله.

الرقم	الرقم
_____ (أ) زوجة	_____ (ن) رجل مطافئ
_____ (ب) معلم	_____ (س) شاعر
_____ (ج) ممثل سينائي	_____ (ع) بوليس سري
_____ (د) كاتب احتزال	_____ (ف) طبيب
_____ (هـ) صاحب دكان	_____ (ص) ممرضة
_____ (و) راعي الغم	_____ (ق) مهندس
_____ (ز) رجل أعمال	_____ (ر) ممثلة
_____ (ح) أميرة	_____ (ش) ملك
_____ (ط) مخترع	_____ (ت) ملاكم
_____ (ي) رجل بوليس	_____ (ث) مغني - مطرب
_____ (ك) طيار	_____ (ج) محامي
_____ (ل) ضابط	_____ (ذ) بائع
_____ (م) امرأة أعمال	_____ (ض) فنان

إذا كان لك رغبة أخرى غير ما سبق فأكمل الجعلة الآتية:
أحب أن أكون

الاختبار الثاني:

ضع رقم (١) أمام أحسن وأفضل ما تتمناه.

ضع رقم (٢) أمام ما تتماه بالدرجة الثانية.

ضع رقم (٣) أمام ما تتماه بعد.

أنمى:

- | | |
|--|------------|
| أن أكون أقوى حساً. | (أ) _____ |
| أن يزيد حب الأولاد والسات لي. | (ب) _____ |
| أن تكون علاقتي بأبي وأمي أحسن مما هي الآن. | (ج) _____ |
| أن أكون دكياً أدكى مما أنا عليه الآن. | (د) _____ |
| أن أكون أحسن في الألعاب الرياضية. | (هـ) _____ |
| أن يكون لي والدان غير والدي. | (و) _____ |
| أن أكون ولداً (إن كنت ستاً). | (ز) _____ |
| أن أكون ستاً (إن كنت ولداً). | (ح) _____ |
| أن أكون أضخم حساً. | (ط) _____ |
| أن تكون معي بقود أكثر لأصرفها. | (ي) _____ |
| أن أكون كبيراً وأترك بيتنا. | (ك) _____ |
| أن يكون لي أصدقاء أكثر. | (ل) _____ |
| أن أكون أحسن شكلاً. | (م) _____ |
| أن يزيد حب والدي لي. | (ن) _____ |

الاختبار الثالث:

إمّرس أنك ذاهب لتعيش في حرية مهجورة لا يعيش فيها أي
إنسان، ولا تستطيع أن تأخدمك غير ثلاثة أشخاص: فمن هم الذين تختارهم
ليعيشوا معك فيها:

- (١)
- (٢)
- (٣)

الاختبار الرابع:

اقرأ العبارة وإن كان الجواب (نعم) فضع على كلمة (نعم) الموحدة أمام السؤال علامة (✓) وإن كان الجواب (لا) فضع علامة (✓) على كلمة (لا) الموجودة أمام السؤال. وعد (التردد) بيها صغ العلامة على أقربها للحقيقة.

نموذج للإجابة:

يستطيع أحد أن يجري أسرع من أي تلميذ في مدرسته:

١ - هل أنت مثله تماماً؟

٢ - هل تريد أن تكون مثله تماماً؟

لا						نعم
لا						نعم

الاختبار الخامس:

بعد كل سؤال مما يأتي عدة إجابات، والمطلوب أن تضع علامة (+) أمام الإجابة الحقيقية:

نماذج للتوضيح:

١ - ما هي درجة الاتقان في لعبة كرة القدم عندك ؟

- (أ) لا أستطيع أن ألعبها إطلاقاً.
- (ب) أستطيع أن ألعبها بعض الشيء.
- (ج) أستطيع أن ألعبها جيداً.
- (د) أنا أحسن لاعب في فصلي.

٢ - ما عدد من تريد من الأصدقاء ؟

- (أ) لا أحد.
- (ب) صديق أو اثنان.
- (ج) عدد لا بأس به من الأصدقاء.
- (د) أصدقاء كثيرون.
- (هـ) مئات من الأصدقاء.

الاختبار السادس:

الخانات الآتية فيها قسمان: (أ و ب) القسم الأول منها (أ) استعمله

تلميذاً لبيان أفراد أسرته المكونة من أبيه وأمه ثم أخيه ثم هو، ثم أخت أخرى، وقد كتب أكبر الأفراد في الأسرة سناً: في الأول، ثم الذي يأتي بعده في ترتيب السن وهكذا حتى فرع من كتبتهم: ووضع خطوطاً في الخانات التي بقيت فارغة. والمطلوب منك أن تستعمل القسم الثاني (ب) لبيان أفراد أسرتك أنت « لا تنسى أن تكتب نفسك في إحدى الخانات حسب ترتيبك في الأسرة. »

(أبلا منه الخانات)	(المودج)
	أب
	أم
	أخ
	أخ
	أنا
	أصل صديقي الساب ليل
	أصل أصدقائي الأولاد سير

والآن عد إلى هذه الخانات وضع رقم (١) أمام الشخص الذي تحبه أعظم حب، ورقم (٢) أمام الشخص الذي يأتي بعد (١) في درجة حبك له، ورقم (٣) أمام الشخص الذي يأتي بعد (٢) في درجة الحب.. وهكذا إلى آخر القائمة.

وقد يصعب عليك أن تعين من تحبه أعظم حب، ولكن اجتهد أن تفعل ذلك وتأكد أنك وضعت رقماً أمام كل شخص ما عدا شخصك أنت.

وضع في الخانتين الأخيرتين اسم أفضل صديقائك وأفضل أصدقائك حسب ما هو مبين بالنموذج ثم ضع أمام كل منها رقماً يدل على درجة حبك له بالنسبة لأفراد أسرته^(١).

[اختبارات إسقاطية إضافية]:

لعل من المفيد أن نحيط القارئ، علماً بثانية اختبارات إسقاطية تساعد الباحثين في عمليات التقييم والتشخيص وهذه الاختبارات هي:

- ١ - اختبار (جاكسون) لتحليل الاتجاهات العائلية.
- ٢ - اختبار (ماكس) لتكملة الجمل.
- ٣ - اختبار (بلاكبي) لدراسة التطور النفسي - الجنسي.
- ٤ - اختبار (شنايدمان) لتشكيل الصور.
- ٥ - اختبار (لوفنجلد) لتسهيل الاتصال (اختبار العالم).
- ٦ - اختبار اللعب بالدمى: (دافيد لين).
- ٧ - اختبارات الرسم: (كاريس ماكوفر).
- ٨ - اختبار (زوندي): (ليبوت زوندي).

١ - اختبار (جاكسون) لتحليل الاتجاهات العائلية:

صممت هذا الاختبار العالة (ليديا جاكسون) وهي من كبار الباحثات في جامعة أكسفورد وكامبردج. ويعتبر هذا الاختبار واحداً من الاختبارات الإسقاطية التي تستعمل للكشف عما يعاينه الأطفال من صراعات داخلية تنشأ بسبب (العلاقات الأسرية) سواء كانت بين الأبوين أو بين الأبناء، أو بينهما معاً. ويتكون الاختبار من (٧) بطاقات؛ مصورة مقسمة تمثل كل منها موقفاً عائلياً من المواقف التالية:

- (أ) حماية الأم للطفل واعتماده عليها (الصورة رقم صفر 0).
- (ب) انفراد الأبوين بالمودة بينهما دون الطفل وما يترتب على ذلك من تهديد لشعوره بالأمن (الصورة رقم ١).
- (ج) العيرة التي تنشأ في نفس الطفل الأكبر بسبب اهتمام الوالدين بأخيه الصغير (الصورة رقم ٢، ٢ أ).
- (د) ارتكاب الذنب وما يتبع ذلك من شعور بالوحدة وميل إلى الانفراد (الصورة رقم ٣).
- (هـ) احتمال عدوان الوالدين (الصورة رقم ٤).
- (و) إغراء المحرم والمنوع واحتمال العقوبة (الصورة رقم ٥).
- (ز) استجابة الطفل للنزاع والشجار بين الأبوين (الصورة رقم ٦).

وقد صممت المواقف المختلفة التي تعبر عنها كل بطاقة على نحو يجعل من الممكن تفسيرها تفسيرات مختلفة؛ يتخذ الطفل ما يناسبه منها وما يطابق حالته النفسية ويتمشى مع ما يعاينه من اضطرابات ومشكلات. وهو إذ يفعل كل ذلك لا يتحدث عن نفسه بطريقة مباشرة، وإنما يسقط هذه المشاعر وتلك الأحاسيس على لسان الأفراد الذين يتكون منهم الموقف

المائل في الصورة. ويحدث ذلك بصورة تلقائية طالما كانت الظروف والطريقة التي يجري بها الاختبار طبيعية، لا توحى للطفل أنه في موقف تمتحن فيه مشاعره الشخصية؛ أما إذا تنبه الطفل إلى ذلك فسيكون حذراً ومحترساً كوسيلة دفاعية يحمي بواسطتها خوفه من الإفصاح عن مصادر متاعبه ليجنب نفسه العقاب والحرمان الذي يؤذيه وينقص عليه حياته.

ويتكون الاختبار كما أشرنا من (٧) صور، يرمز لكل منها برقم خاص يبدأ من الصفر ويتدرج إلى (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦) والصورة رقم (٢) من نموذجين أحدهما يناسب الذكور من الأطفال والآخر يناسب الإناث. ويوجد خلف كل صورة مجموعة من الأسئلة الإيضاحية التي يلجأ إليها الفاحص لتشجيع الطفل المفحوص على الحديث وتبيان أهدافه.

وقد انتهت (ليديا جاكسون) إلى اختيار هذه البطاقات السبع بعد قيامها بالتجارب العديدة في عيادات إرشاد الأطفال وتوجيههم ومؤسسات الأحداث (البريطانيين..) الذين لهم مستواهم الحضاري والبيئي الذي يختلف كلياً عن أطفال البيئة العربية. وقامت كذلك بالتجارب على المدارس العادية وعلى مجموعة مختلفة من الصور والرسوم، وتبين أن هذه المجموعة النهائية هي أفضلها في استخراج ما في نفس الطفل من صراعات ومشاعر وأحاسيس، وفي إطلاع الفاحص على حقائق نفسية تتأشى مع ما توصل إليه الباحثون الاجتماعيون والأخصائيون النفسيون من معلومات جموها عن طريق المقابلة والأساليب الإكلينيكية الأخرى.

٢ - اختبار (ساكس) لتكملة الجمل:

يؤكد العالم (روهذا Rohda)^(٥) بأن اختبار تكملة الجمل: Sentence

Completion Test: (S.C.T) يعتبر أداة صالحة في يد السيكولوجي الإكلينيكي وكل من يريد الوقوف على حاجات الأفراد وأخيلتهم ومشاعرهم واتجاهاتهم ومستويات طموحهم وما يدور بداخلهم من صراع. ذلك أن الأسئلة المباشرة التي نوجهها للأفراد في اختبارات الشخصية وغيرها من الاستفتاءات تجعل الفرد (واعياً بذاته) وتكون لديه (إجابات دفاعية)؛ بينما الاختبارات الإسقاطية (تجرده من دفاعاته) وتجعله يسقط مشاعره تلقائياً دون احتباس وحذر، وبذلك يبدو على حقيقته.

وقد وضع (روهذا Rohda) اختباراً في تكلمة الجمل يتكون من (٦٤) جملة ناقصة، تسم بالمزايا التالية:

- أ- اتساع نطاق المثيرات المختلفة من أجل الحصول على معلومات تتصل بجوانب الشخصية المتعددة.
- ب- أن تكون العبارة المستخدمة (كثير) من النوع الذي يسمح للفرد أن يعبر عن نفسه بحرية.
- ج- ألا يتجاوز الزمن الذي يستغرقه الإجراء حصة واحدة من الحصص المدرسية.

وزاد انتشار اختبارات تكلمة الجمل خلال سنوات الحرب العالمية الثانية وما بعدها، وطبقها كل من (هات، وهولزبرغ وشور: Hutt, Holzberg and Shore).

في مستشفيات القوات المسلحة الأمريكية. ويعتبر اختبار (ساكس) لتكلمة الجمل من أبرز الاختبارات الإكلينيكية التي قام بتصميمها (جوزيف ساكس) لتحليل مجالات التوافق في أربعة مجالات هي: (مجال الأسرة وعلاقاتها، مجال الجنس واتجاهاته، مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة مع

الآخرين، مجال فكرة المرء عن نفسه وذاته). وعدد العبارات (٦٠) عبارة.
ونظراً لأهمية الأبعاد المتعددة التي يكشفها هذا الاختبار فلا بد
للقارئ والباحث من الرجوع إلى مصادره للتفصيل والاستزادة عن طريقة
التطبيق والتصحيح^(٦).
وفي هذا المجال الصيق لا تساعدنا الظروف لأكثر من عرض بعض
النماذج لعبارات (ساكس) لتكملة الجمل:

أمثلة:

- حاول تكملة كل جملة بإملاء الناقص منها وسرعة.
- عند التردد ضع دائرة حول رقم العبارة؛ وعد لاستكمالها فيما
بعد - إن أمكن..

- (١) أشعر أن والدي قليلاً ما:
- (٢) عندما لا تكون الظروف في جانبي:
- (٣) لو أنني كنت المسؤول الأول:
- (٤) تضطربي مخاوفي أحياناً:
- (٥) آخر ما أحبه في النساء:
- (٦) أنا أحب أمي، لكن:
- (٧) حياتي الجنسية:
- (٨) أعتقد أن معظم النساء:
- (٩) أسوأ ما فعلته في حياتي:
- (١٠) أنا أعلم أنها حماقة، ولكن أخاف من:
- (١١) سأكون في سعادة تامة إذا:

- (١٢) أكبر نقطة ضعف عدي:
(١٣) كانت أكبر غلطة ارتكبتها:
(١٤) أجل شيء في شخصيتي:
(١٥) لو كانت لي علاقات جنسية:
(١٦) أعتقد أن عدي القدرة على:
(١٧) أظن أن معظم السنوات:

٣ - اختبار بلاكي الإسقاطي: The Blacky Test

صم العالم (بلوم Blum) هذا الاختبار لدراسة التطور النفسي - الجنسي من منظار مدرسة التحليل النفسي، ويعتقد مؤلفه أن الاختبار يمكنه الكشف عن أنماط (الدوافع اللاشعورية) عند المفحوص على نطاق واسع.

ويتكون الاختبار من (١٢) صورة كرتونية لمغامرات كلب اسمه (بلاكي) Blacky .

والصورة الأولى هي مقدمة ترسم لنا شخصية بلاكي وأمه وأبيه وأخيه؛ ثم صممت الإحدى عشرة صورة التالية لترسم كل منها مرحلة (التطور الجنسي) كالمراحل السادية الشرجية، أو لتوضح طبيعة العلاقة بالموضوع في مرحلة معينة من هذا التطور. وتستخدم نفس الصورة عند التطبيق للذكور والإناث، ولكن عندما يكون المفحوص ذكراً نقول إن (بلاكي) هو الان، وعندما يكون أنثى نقول إن (بلاكي) هي الان، لتقريب الفهم إلى أذهان المفحوصين. وكل هذه الصور واضحة ومحددة المعالم تماماً.

ويطلب من المفحوص أن يكتب وصفاً لمشاعر هذه الشخصيات. وبعد كل صورة توجد مجموعة من الأسئلة عليه أن يجيب عنها. ومعظم هذه الأسئلة من النوع الذي يشتمل على مجموعة من الإجابات وعليه أن يختار منها أنسب إجابة. كما يطلب من المفحوص كذلك أن يختار أحب الصور إليه، ويذكر الأسباب والصورة التي لا يحبها، ويذكر كذلك الأسباب. ويعطي المفحوص درجة عن كل بعد وفقاً لمفاهيم التحليل النفسي على هذا الأساس:

(موجود بشدة - موجود - ضعيف - غير موجود). ويرى مؤلف الاختبار العالم (بلوم Blum) أننا نتمكن عند تطبيق الاختبار من معرفة جنس إخوة المفحوص، وأعمارهم، وكذلك أعمار الوالدين وذلك مما يتيح لنا تفسير التاريخ النفسي - الجنسي للمفحوص؛ وطبيعة نموه واكتشاف أهم مشكلات النمو لديه - وفي تقديرنا - فإن جدوى هذا الاختبار في (البيئة العربية) تكاد تبدو محدودة للفوارق الحضارية الشاسعة ومدلولاتها^(٧).

٤ - اختبار (شنايدمان) لتشكيل الصور: Picture Story Test

وضع (إدوين شنايدمان Edwin Shneidman 1947) هذا الاختبار الذي استخدم في الدراسات التشخيصية الإكلينيكية. ويتكون الاختبار من (٦٧) شكلاً ذات أشكال وأحجام مختلفة لصور (إنسانية وحيوانية). وتوجد لهذه الأشكال خلفيات متعددة تستخدم كمسارح لهذه الأشكال. ومنها ما هو واضح تماماً كمنظر (حسر - كوبري أو حمام)، ومناظر أخرى أقل وضوحاً وأكثر غموضاً كلوحة بيضاء أو شكل مثوئ. ومن الممكن أن تلائم هذه الأشكال كل هذه الخلفيات. والمفحوص هنا يستخدم هذه

الأشكال الإنسانية والحيوانية والأسطورية ويكون منها عوالم أمام هذه الخلفيات، ثم (يقص قصة) عن تلك الصورة التي شكلها نفسه. وعندما يكمل المفحوص قصته يستفسر الفاحص عن أي جزء في القصة يكون غير واضح بالنسبة له وعن عمر وجنس أي شخصية في القصة يشعر أن المفحوص (يتوحد بها): Relate to it ؛ وكذلك عنوان القصة. وعلى الفاحص تسجيل قصص المفحوص حرفياً. وعادة تقدم للمفحوص عشر حلفيات متتابعة. وهناك طرق للتصحيح (الكمي) وطرق للتفسيرات (الكيفية). وعلى النعموم فالتفسير يقوم على أساس اختيار النماذج والتفاعل بين الشخصيات ووصف هذه الشخصيات والموضوعات الأساسية المتكررة في معظم الصور. ويبدو من خلال - التجربة - أن لهذا الاختبار جاذبية خاصة بالنسبة للمفحوصين الخجولين لأنه يعطيهم الفرصة لانتقاء النماذج التي تروقهم والاندماج معها.

٥ - اختبار العالم لتسهيل الاتصال (لوفنفلد):

صممت هذا الاختبار العالمة (مارغريت لوفنفلد):

The World Test Of Margret Lowenfield

كأداة لتسهيل الاتصال مع الأطفال. ويتكون هذا الاختبار من عدد من النماذج الصغيرة كالبيوت والأشجار والعربات والأشخاص والحيوانات وغيرها.

ويطلب من الطفل أن يشكل منها ما يشاء. أي أن عليه أن يجمع هذه النماذج بطريقة لها معنى بالسنة له. وساء عليه فإن كل فرد عادة ما يصنع (عالمًا فريداً). والمكرة التي يركز عليها هذا الاختبار هو أن (اللعب

نشاط عاكس) لانفعالات الفرد وخبراته في صورة غير لفظية. وعندما يعالج الفرد هذه الموضوعات المختلفة بطريقته الخاصة وبشكل منها عالمياً خاصاً، فإنها تصح (تركيبات ذات معنى ومدلول)؛ الأمر الذي يسمح بعد ذلك بالحديث عنها في مستوى لفظي. وهكذا فإن (السلسلة المتتامة) Continuing Sequence من العوالم ترى فيها مؤلفة الاختبار (خطأ متواصلاً من التفكير) يزداد اكتمالاً يوماً بعد يوم، ومن الخطأ الوقوع في النظرة الجبرئية أو الاكتفاء بأول عالم يبينه الطفل لأول يوم؛ فوضوح المعنى والتطور في ذهن الطفل يحتاج إلى مراحل متعددة وزمن كافٍ.

وقد تمكن العالمان (هيدا بولغار؛ وليزلوتي فيشر:

Hedda Polgor And Liselotte Fischer) من تقنين مجموعة من النماذج تشكل اختصاراً كاملاً من نفس النوع. وقد وضعا نماذج تصحيح ومعايير لكل من الأسوياء والجماعات من الفئات الإكلينيكية المختلفة و - وجدا - أن الأسوياء غالباً ما يبسون قرى أو مديناً صغيرة يبدأونها بتخطيط البيوت والجسور والأسوار مثلاً أو الأشجار، ثم يملأون التفاصيل الصغيرة بعد تكوين هذا الهيكل العام. ويستخدم الشخص السوي عادةً من (٣٥ - ١٢٠) قطعة من فئات مختلفة من هذه النماذج.

وقد قامت العالمة (شارلوت بولر Charlotte Buhler) بمزيد من التقنين لهذا الاختبار، حيث وضعت نماذج ومعايير أكثر دقة للفئات الإكلينيكية المختلفة وللأطفال بوجه خاص. وقد وجد العالمان (ميشيل، وبولر: G. B. Michel And Buhler) أن عوالم المرضى - الأطفال أو البالغين - تقع عادة في ستة أشكال وتعكس هذه الأشكال الاضطرابات الداخلي للمرد واتجاهاته المرضية نحو الحياة وهي:

(١) العوالم العدوانية **Agressive Worlds** وهي العوالم المكونة من الأسلحة والحيوانات المفترسة والحرائق وحوادث القتل والسطو وتعكس العدوانية الصريحة عند الفرد .

(٢) العوالم غير المكونة: **Unpopulated Worlds** وهي العوالم غير الآهلة بالسكان، وتوجد هذه العوالم عند الأشخاص الذين يتجنبون (العدوان الصريح) ويقمعون عدوانهم نحو الناس أو يخافون منهم .

(٣) العوالم الفارغة: **Empty Worlds** وهي العوالم التي تحتوي على أقل من (٥٠) قطعة. وهذه محددا عادة عند صغار العقول، ولكنها من ناحية أخرى تعكس فقدان الاهتمام بالموضوعات أو الفراغ الداخلي .

(٤) العوالم المغلقة: **Close Worlds** وهي العوامل المحاطة بالأسوار، والمحددة المساحة، وهي تعكس الخوف والكراهية المكبوتة .

(٥) العوالم المضطربة: **Disorganized Worlds** وهي العوالم غير المخططة وغير المنسكة وتشير إلى التشوش الداخلي .

(٦) العوالم الجامدة: **Rigid Worlds** وهي العوالم المرتبة ترتيباً صارفاً فيه مثل وضع الأشخاص والأشجار في صفوف لا يمرر لها، وهي تعكس شدة القمع الداخلي والصراع العميق الحذور .

وقد قامت (جانيت ليون Janet Lyon) بدراسات عديدة مستخدمة هذا الاختبار مع الأطفال والكار ووجدت له قيمة شحصية بالشكل الذي

وصفته وصمته فيه مؤلفته (مارغريت لوفنفلد) في اعتباره (وسيلة للاتصال بالمرضى في الموقف العلاجي). وحاولت (جانيت ليون) استخدام هذا الاختبار مع الكبار الذهبيين Psychotics ووجدت أنه يسمح بالتعبير - غير اللفظي - والذي يسهل بعد ذلك التعبير في المستوى اللفظي؛ وهي طريقة فعالة في الحكم على المريض وكذلك في إرشاده أو علاجه.

٦ - اختبار اللعب بالدمى : S.D.P.T.

Structured Doll Play Test:

شاع استخدام (اللعب Play) في الميدان الإكلينيكي بوصفه (أداة تشخيصية): Diagnostic Tool شكل واسع وخاصة مع الأطفال، طالما أن اللعب هو نشاطهم الطبيعي. ويرى العالم (هايت White) أن اللعب نشاط معقد ولا يمكن أن نصفه في معادلة بسيطة واحدة. فهو يتضمن دوافع كثيرة وحاجات متعددة ويعكس صراعات داخلية عميقة. ولذلك استخدمه المحللون النفسيون في مجال التشخيص والعلاج كمدل (للتداعي الحر).

وقد صمم (دافيد لين: David B. Lynn) هذا الاختبار باعتباره اختصاراً إسقاطياً للأطفال بين سن (٣ - ١٠) سنوات؛ ويمكن استخدامه مع الأكبر قليلاً أو الأصغر من هذا المدى. وهو يكشف عن شكل العلاقات العائلية ودوافع الطفل وعن طريقته في إشباع حاجاته؛ وعن شدة صراعاته الداخلية ونوعيتها. ويستغرق الاختبار من (٣٠ - ٤٥) دقيقة. وفي هذا الوقت تعرض على الطفل (سلسلة من المواقف المحددة) يستجيب لها بالاستجابة الملائمة. ويمتاز هذا الأسلوب عن أسلوب (اللعب الحر العشوائي) في أنه خاضع للملاحظة الدقيقة ويسمح للأحصائي بالحكم السريع مع

الاحتفاظ في نفس الوقت بخاصية (التلقائية) الواجب توافرها في هذا الموقف. وتحتوي مواد الاختبار على نماذج عديدة. مثلاً (دمية تمثل الأم) وأخرى (تمثل الأب) وفتاة وولد عار، وبنت عارية، وسرير مردوج، وسرير مفرد، وحمام، وتواليت، وفتحان وطق وزجاجة رصاعة إلخ.. ويطبق هذا الاختبار (فردياً) بعد أن يقيم الأخصائي مع الطفل علاقة ثقة ومودة.

ويقول الفاحص للطفل إن هذا الطفل الصغير كان خائفاً من هذا الشخص الكبير، ولكي هذا الشخص صحك مع الطفل وشاركه اللعب وقضياً معاً (وقتاً ممتعاً). وترى - لين - أن الأطفال الذين يعانون من القلق يستجيبون في هذا الوقت استجابةً تدل على الارتياح؛ ويساعدهم على الاندماج والتعاون في موقف الاختبار. ويتضمن الاختبار (٢٠) موقفاً مقنناً متنوعة التصميم، الأمر الذي يُتيح للأخصائي التعرف على أبعاد متعددة من شخصية الطفل.

٧- اختبارات الرسم (كارين ماكوفر):

لعل العالمة القياسية (آنا أنستاري Anne Anastasi) في مقدمة العلماء الذين درسوا أسلوب الرسم؛ كوسيلة للتعرف على - شخصية الفرد - ثم تبعها في هذه الدراسة عديد من العلماء أمثال (جون فولي، ماولا الكيش، وروز آلشولر وغيرهم: John Foley, Pula Elkich, And Rose Alschuler) وقد أكدت الدراسات إمكانية كشف الصراعات الأساسية عن طريق الرسم. وتعتبر أعمال (غود إنف Good Enough) البداية التي وجهت الأنظار لهذا الأسلوب؛ لا في الدكاء محسب بل في دراسة أبعاد الشخصية المحتلة.

وتعتبر (كارين ماكوفر Karen Machover) من أوائل من طَبَّقَ هذا الأسلوب، فوضعت اختبارها المشهور ببساطته؛ حيث يطلب من المفحوص أن يرسم (شخصاً)، ثم نطلب منه أن يرسم شخصاً آخر من الجنس الآخر. ويقوم تحليل الرسم على أساس بعض الملامح التي حدَّتها (ماكوفر) مثل الأكتاف والصدر والأجزاء التشريحية للجسم، والملابس والجيوب والحداء وغطاء الرأس والرموز الجنسية. وكذلك العناصر البنائية كحجم الرسم، وموضعه من الصفحة وكيفية معالجة شكل الرجل والمرأة..

وقد انتقد العلماء (اختبار ماكوفر) بأنه لم تقم عليه دراسات كافية للتحقق من صدق هذه العلاقات التي وصعتها (ماكوفر). ومع ذلك فقد شاع استخدامه في الميدان الإكلينيكي نظراً لسهولة إجرائه في وقت قصير.

ويعتبر رسم (المنزل والشجرة والشخص (H. T. P)

(Home, Tree And Person Draw Test) الذي وضعه (جان باك: John Buck) أكثر اختبارات الرسم شيوعاً. وقد سمي بهذا الاسم لأننا نطلب من المفحوص الذي سنحري عليه الاختبار أن يرسم منزلاً وشجرة وشخصاً بطريقة الخاصة.

ويعتقد (باك Buck) أن اختبار رسم الرجل والشجرة والشخص (H T P) هو مقياس صادق لقياس دكاء الكبار الراشدين؛ بالإضافة إلى أنه وسيلة تشخيصية تصف لنا دينامية شخصية المفحوص، وعلاقة هذه الشخصية ببيئتها المحيطة. وقد وضع مؤلف الاختبار طريقة (كمية) للتصحيح على أساس التعاضيل والسبب والمطور. وهذه الطريقة على الرغم من تعقدها، إلا أنها تكشف لنا عن أبعاد متعددة من القدرة العقلية.

ويرى بعض علماء النفس أن الدراسات التي أجريت على هذا الاختبار تجعلنا نشك في مدى صدق هذه الطريقة التي وضعها باك، ويعتقدون أننا لا زلنا في حاجة إلى بعض الدراسات الخاصة به قبل أن نعتبره أداة إكلينيكية مفيدة.

وقد قام د. لويس كامل بنقل هذا الاختبار إلى اللغة العربية، وأجرى عليه بعض الدراسات الإكلينيكية وقام بنشرها ونشر نتائج دراساته هذه بإمكانية استخدامه إكلينيكيًا في البيئة العربية - في جمهورية مصر العربية - بقدر كبير من الثقة.^(٨)

٨ - اختبار زوندي: The Zondi Test

قام الطبيب السمي - المحري (ليبوت زوندي Lipot Szondi) بوصف اختباره هذا عام ١٩٣٠، وهو مكوّن من عدة صور فوتوغرافية لمرضى عقليين من فئات إكلينيكية مختلفة. وقد انطلق زوندي من مسلّمة مؤداها: « أن المرض العقلي له أصول ولادية تكوينية تظهر على الملامح التشريحية لوحه المريض » كما أن الاستجابات الانفعالية لأي فرد نحو هذه الصور سوف تعتمد على نوع من التشابه بين البناء التكويني لصور هؤلاء المرضى وبين بناء ذلك الفرد الذي يستجيب للصور. وعلى الرغم من أن هذه النظرية لزوندي تعتبر حيالية - علمياً - إلا أن الاختبار شاع استخدامه إكلينيكيًا. وفي عام ١٩٤١ سافرت الباحثة (سوزان ديرى Susan Deri) إلى الولايات المتحدة لمتابعة أبحاثها هناك باستخدام هذا الاختبار بوصفه اختباراً إسقاطياً. وقد استبدلت (سوزان ديرى) افتراضات (زوندي) بطريقت (ليفتين وفرويد) كنقطة بدء لوضع إطار جديد لهذا الاختبار.

واقترضت أن بناء الشخصية يتكون من (ثلاثي حاجات) شبيهة بافتراض العالم (إبراهيم ماسلو). وهذه الاحتياجات أساسية ومتفاعلة بعضها مع بعض وتعكسها صور هذا الاحتمار.

وعلى هذا الأساس فالصور التي سوف يختارها الفرد باستمرار ستوضح لنا أن الحاجات التي تمثلها هذه الصور عند هذا المفحوص في حالة من التوتر الحاد. ولكي نوضح ذلك نوجز للقارئ تكوين هذا الاختبار.

يتكون الاختبار من (٦) مجموعات من الصور وكل مجموعة تتكون من (٨) صور؛ لمصى عقليين من (٨) فئات كالآتي:

- (١) صورة تمثل جنسياً مثلياً: (H) Homo Sexual
- (٢) صورة تمثل شخصاً سادياً: (S) Sadistic
- (٣) صورة تمثل شخصاً صرعياً: (E) Epileptic
- (٤) صورة تمثل شخصاً هسترياً: (H Y) Hysteric
- (٥) صورة تمثل فصامياً تخشياً: (K) Cotatonic Schizophrenia
- (٦) صورة تمثل فصامياً بارانويماً: (P) Paranoid Sch
- (٧) صورة تمثل شخصاً مكتئباً: (D) Depressive
- (٨) صورة تمثل شخصاً مهووساً: (M) Manic. D.

وعلى هذا الأساس؛ فكل مرض أو حاجة تمثلها (٦) صور، وتعرض هذه السلاسل من الصور على المفحوص بالترتيب، كل سلسلة من (٨) صور توضع في صفين كل صف به (٤) صور. وعلى المفحوص أن يختار من السلسلة (أكثر صورتين يفضلها وأكثر صورتين لا يفضلها). وتكرر هذه الاختبارات، في كل سلسلة من الست الصور. وبعد أن ينتهي المفحوص من ذلك، نعود فطلب منه أن يختار بين (١٢) صورة يفضلها و (١٢) صورة لا

بمفضلها يختار منها الأهم (٤) صور مفصلة جداً و (٤) صور ينفر منها جداً. ويوجد جزء اختياري من الاختبار؛ حيث نطلب من المفحوص أن يتحدث عن هذه الصور الثماني المفضلة وغير المفضلة، أو تتداعى أفكاره بالنسبة لكل صورة منها. وإذا كان هناك متسع من الوقت نحمل هذا التداعي بالسنة للأربع والعشرين صورة التي اختارها المفحوص. وتنصح (سوران ديري) بتكرار الاختبار من (٦ - ١٠) مرات على نفس المفحوص بين كل مرة وأخرى يوم واحد على الأقل.

وتسمى الدوافع أو الحاجات الثمانية التي تمثل الوحدات الإكلينيكية الثاني بالعوامل Factors، وكل زوج من العوامل يمثل ميلين متعارضين ولكنها في نفس الوقت ينتميان إلى مجال واحد. ويسمى كل زوج منها بالموح Vector. وعلى هذا فإن لدينا أربعة موجهات:

١) الموحه الحسى: Sexual (S) ويتكون من عاملين هما الحسية المثلية (H) والسادية (S).

٢) الموحه النواوي: Paroxysmal (P) ويتكون من عاملين هما الصرع (E) والهستريا (H Y).

٣) الموجه الفصامي: Schizophrenia (Sch) ويتكون من عاملين هما الفصام التحشي (K) والفصام البارنوي (P).

٤) الموجه الاتصالي: Circular Or Contact (C) ويتكون من عاملين هما الاكتئاب (D) والهوس (M).

وعملية تصحيح الاختبار وتفسيره معقدة وصعبة، ولكننا ندرك بأن (الشخصية السوية) هي التي تستطيع أن تحمى توارثاً في استجاباتها بين

(الموجهات الأربعة سابقة) وبين (العوامل) داخل الموجه الواحد. وقد قام (هارولد بست، ومارتن فلايشمان:

Harold Best And Martin Fleishman.

ببعض الدراسات؛ وكانوا يقدمون في هذه الدراسات هذه الصور لمجموعة من الأطباء النفسانيين والمرضات ليقسموها حسب الفئات التي وضعها (زويدي) وتشير بعض هذه الدراسات إلى (شيء من الثبات) في هذا التقسيم ولكن صدق طريقة التصحيح ما يرال محل شك حتى الآن.

ويؤكد معظم النقاد بأن محاولات زويدي وديري مفيدة ولكنها لا تخرج عن كونها - تصورات ذاتية - تحتاج إلى تحقيق تجريبي؛ علماً بأن معظم هذه الصور مأخوذة من كتب الطب النفسي الألماني.^(١)

حواشي الفصل الخامس عشر

- (١) من أحل مريد من التفصيل راجع د. محمود الريادي: علم النفس الإكلينيكي (مكة الاخلو المصرية) ١٩٦٩، ص (١٤٣ - ١٥٠)
- (٢) انظر د. مصطفى فهمي - مكتبة مصر؛ ودار مصر للطباعة والنشر - ١٩٦٧ - ص (٥١٩ - ٥٣١).
- (٣) يطلب هذا الاختار بكل تفاصيله من دار مصر للطباعة - شارع كامل صدقي (المحالة - القاهرة).
- (٤) راجع أيضاً (اختار الشخصية للأطفال) د عطية ها - مكتبة النهضة القاهرة - ويقس هذا الاختار بواحي التكيف الشخصي مثل اعتلاء الطفل على نفسه وإحاسه بقيته، وشعوره بالحرية والانتاء وعدم الانطواء، والحلو من الأعراض العصبية، ويقس كذلك بواحي التكيف الاجتماعي مثل إدراك الطفل للمستويات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية وعدم الإصرار بالآخرين، ومدى العلاقات الأسرية والمدرسية وهو اختار جيد لدراسة مشكلات الأطفال
- (٥) عن الاختارات الإسقاطية: د. سيد غيم وهدي برادة.
- (٦) التفصيل الكامل لهذا الاختار: راجع د. مصطفى فهمي - علم النفس الإكلينيكي - دار مصر للطباعة - ١٩٦٧ ص (٥٥٩ - ٥٦٨)
- (٧) يستحسن الملاحظة أن نظرة (المرء العربي) للكلب تختلف عما هي في البلدان المتقدمة والعربية. فالكلب في الغرب له مؤسسات وجمعيات وبحوث وبناد؛ وله تشريعات تضم حقوقه، وقوانين تؤكد رعايته والعناية به؛ وتقام له المعارض والسارح والمسابقات وبرامج التدريب ولهذا فقد يكون في مظار العربيين (عائلياً وفردياً) موضع اهتمام بالغ) في حين لا يحظى في البيئة العربية بسن الاهتمام ومن بس المسطور.
- (٨) راجع: د. لويس كامل: اختار رسم المرء والشجرة والشخص - مكتبة النهضة المصرية - القاهرة - ١٩٦٨.

(٩) راجع التفصيل: د. محمود الزيادي - علم النمس الإكلينيكي - مكتبة
الاحلو المصرية - ١٩٦٩ - ص (٢٥٣ - ٢٦٥).

الفصل السادس عشر

اختبار جيلفورد وكورنيل في الشخصية

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد لاختبارات جيلفورد
- مقاييس المجموعة الأولى.
- مقاييس المجموعة الثانية.
- مقاييس المجموعة الثالثة.
- جيلفورد وريمرمان في (المجموعة الرابعة).
- اختبارات كورنيل للاضطرابات السكوسومائية.

الفصل السادس عشر:

اختبار جيلفورد وكورنيل في الشخصية

اختبارات جيلفورد: يعتبر (جيلفورد) واحداً من الرواد القلائد في علم النفس المعاصر لمساهمة الكبيرة في البحوث النفسية وعلى الأخص في ميدان الشخصية والقياس النفسي والتحليل العاملي. وقد اشتهر نظامه باسم (نظام المصفوفات المورفولوجي) وازداد انتشاره في السنوات الأخيرة بشكل واسع في شتى الحالات.

وقد وضع (حوي. ب. جيلفورد، وهوارد مارتن: Joy P Guilford and Howard. G. Martin) بعض الاستبيانات التي تقيس سمات متعددة في الشخصية. وقد اختيرت هذه المتغيرات ساءً على دراسة عاملية. فالقائمة (الأولى): STDCR تقيس العوامل الآتية:

- ١ - الانطواء الاجتماعي: (S). Social Introversion
- ٢ - الانطواء في التفكير: (T). Thinking Introversion
- ٣ - الاكتئاب: (D). Depression
- ٤ - التقلبات الوجدانية: (R). Rathymia (الرائثيميا)

وأما القائمة (الثانية) فتقيس (٥) سمات:

- ١ - النشاط المفرط (G)
- ٢ - حب السيطرة (A)

- ٣- الذكورة في الميول (M)
- ٤- غياب الشعور في النقص (I)
- ٥- غياب المعصية والتوتر (N)

وتقيس القائمة (الثالثة)؛ (٣) سمات تدعى (المجموعات الباراموية):

- ١- الموضوعية - الذاتية (O)
- ٢- التعاطف - التمرد (AG)
- ٣- التعاون - التنافر (CO)

وقد اشترك (جيلفورد مع زممرمان: Guilford-Zimmerman) في إعداد (القائمة الرابعة) على الشكل التالي:

General Activity	(G)	١- سمة النشاط العام
Restraint	(R)	٢- سمة القمع
Ascendance	(A)	٣- سمة السيطرة
Sociability	(S)	٤- الروح الاجتماعية وعدم الانطواء
Emotional stability	(E)	٥- الإنزان الانفعالي
Objectivity	(O)	٦- الموضوعية
Frindliness	(F)	٧- الصداقة والتعاطف
Thoughtfulness	(T)	٨- التأمل
Personal Relations	(P)	٩- التعاون والعلاقات
Masculinity	(M)	١٠- الذكورة

وقد استخدمت هذه (السمات العشر كمقاييس) على نطاق واسع كأداة

في البحوث النفسية، وتستخدم حالياً (بشكل فردي) في المجال الإكلينيكي.

وقد طبق العالم (برات Pratt) مقياسي: STDCR and GAMIN على (٢٨٠) ذهانياً Psychotics من عشر فئات مرضية. وقد تبين أن هناك (سعة مقاييس) منها استطاعت أن تعطي - دلالات - Significance وتفرق بين هذه العئات المختلفة بقدر كبير من الثقة. وهذه الدراسة توحى بأهمية مقاييس جيلمورد في التشخيص. وقد نقل الدكتور مصطفى سوف في جمهورية مصر العربية هذه المقاييس إلى اللغة العربية واستخرج درجة ثباتها واستخدامها في بعض الدراسات العاملة (إطار رأسي للشخصية).

وقام الدكتور محمود الريادي باستخدامها في دراسات أخرى على طلاب الجامعات. وتؤكد هذه الدراسات إمكانية استخدام هذه المقاييس محلياً كأدوات تشخيصية في البيئة العربية^(١).

اختبار كورنيل للاضطرابات السيكوسوماتية

وضع هذا الاختبار العالم (آرثر وايدر: A. Weider)؛ وآخرون، بعد أن ظهرت الحاجة إلى (أداة سريعة) للتقييم السايكايري والسيكوسوماتي بالنسبة لعدد كبير من الأشخاص في مواقف متعددة ومختلفة. وقد وضع الاختبار لهذا الغرض. وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة التي تشير إلى الأعراض البيروسايكاييرية والسيكوسوماتية. وبالإضافة لذلك، يستطيع أن يفرق بين الأفراد المصابين باضطرابات شخصية وسيكوسوماتية خطيرة وبين غيرهم من المجموع العام. ويحتوي الاختبار أصلاً على (١٠١) مائة سؤال وسؤال مقسمة على النحو التالي^(٢):

١ - سؤال طبيعى تمهيدى .

- من ١٩ - ٢ انعدام التوافق كما يعبر عنه في مشاعر الخوف وعدم الكفاية
من ٢٠ - ٢٦ الاستجابات الباثولوجية وعلى الأخص الاكتئاب .
من ٢٧ - ٣٣ العصبية والقلق .
من ٣٤ - ٣٨ الأعراض السيكوسوماتية .
من ٣٩ - ٤٦ استجابات الذعر الباثولوجية .
من ٤٧ - ٦١ أعراض سايكوسوماتية أخرى .
من ٦٢ - ٦٨ الوهن وتوهم المرض .
من ٦٩ - ٧٩ الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء .
من ٨٠ - ٨٥ الشك والحساسية المفرطة .
من ٨٦ - ١٠١ السايكوباتية الشديدة .

وقد استخرج معامل ثبات الاختبار على أساس التقسيم النصفي ثم تطبيق معادلة (كورد - ريتشاردسون) على (١٠٠٠) حالة؛ فكان معامل الثبات ٠,٩٥ . كما استخرج معامل الصدق على أساس المجموعات المتعارضة بوصفها (محكاً خارجياً)، فطبق المقياس على (٦٠٠) شخص ممن يعانون من مثل هذه الاضطرابات طبقاً للتشخيص السايكايتري فكان الفرق ذا دلالة احصائية واضحة Statistical Significance .

والى جانب العديد من البحوث فقد أجرى الدكتور محمود الزيايدي دراسة استخرج فيها معاملات الارتباط بين اختصار التوافق الدراسي وبين اختصار كورنيل واختبارات أخرى . وقد استنتج امكانية استخدام الاختبارين المشار إليهما في المجال الإكلينيكي لما لهما من قيمة تشخيصية في الكشف عن سوء التوافق ونوعيات الاضطراب وعمليات الاختيار المهني وغيرها^(٢) .

حواشي الفصل السادس عشر

- (١) راجع: د. محمود الزياتي: رسالة دكتوراة غير منشورة - كلية الآداب - جامعة عين شمس - القاهرة.
- (٢) نقل احتسار كورنيل إلى اللغة العربية د. محمود الزياتي، وحلل فقراته التي وصلت إلى (٨٢) سؤالاً وقام بدراسات قيمة مقارنة باستخدامه في محوثة متعددة.
- (٣) راجع ص (٢٠٥ - ٢٠٩) د. محمود الزياتي - علم النفس الإكلينيكي - مكتبة الأعلو - القاهرة - ١٩٦٩.

الفصل السابع عشر

قياس الكفاءة العقلية

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد....
- أولاً: التدهور العقلي.
 - اختبار نايكوك - ليفي .
 - معامل التدهور في ويكلر - نلفيو .
 - سعة التدهور العامة وقابوها
 - جدول سعة التدهور .
- (ثانياً): تقييم التفكير المجرد والتفكير المحسوس .
 - الاختبارات العملية للتفكير التحريدي
 - الاختبارات اللفظية للتفكير التحريدي .
- (ثالثاً): اختبار الذاكرة لويكلر .
- (رابعاً): تقييم التأثر البصري - الحركي:
 - (سدرعشالت) .
 - اختبار (سدرعشالت) ورموزه .

الفصل السابع عشر:

[قياس الكفاءة العقلية]

تمهيد

إن من الضروري أن محدد منذ البداية أن (القدرة العقلية) تختلف عن (الكفاءة العقلية) رغم وجود التداخل بينهما. والذي يساعدنا على تحديد الكفاءة العقلية هو التساؤل المنطقي والعلمي؛ لماذا يهتم الأحصائي بقياسها؟

إن ثمة سببين رئيسيين لذلك:

أ - أن يعرف مقدار (التدهور العقلي) الذي حدث للمريض؛ وهل هناك ما يدل على حدوث إصابات في الدماغ أو إصابات عضوية في الجهاز العصبي.

ب - أن يتمكن من (تخطيط البرنامج العلاجي) على أساس معرفة دقيقة بإمكانيات المريض العقلية عن طريق الاختبارات وخطوات التشخيص والفحوص (الطبية والنيورولوجية). وهكذا يبدو أن ثمة تركيزاً خاصاً على عمليات الذاكرة؛ والتدهور العقلي والتفكير المجرد والمحسوس باعتبارها في مجموعها مناطق رئيسية في التشخيص: Focal Areas وعلى هذا فإن (الحالات الأربعة الرئيسية) التي تستلزم منا تقييماً دقيقاً هي:

١ - تقييم التدهور العقلي: Mental Deterioration

٢ - تقييم التفكير المحرد والمحوس: Abstract And Concrete

Thinking

٣ - تقييم الذاكرة: Memory Evaluation

٤ - تقييم التآزر والتناسق (الصرى - الحركى) Visual Motor

Coordination

ولا يستطيع الأخصائي أن يخطط أي برنامج علاجي؛ مهنيًا كان أو تأهيليًا ما لم تكن لديه الصورة التشخيصية الدقيقة التي لا تقل أهمية ودقة عن صورة الأشعة في التشخيص الطبي.

أولاً: التدهور العقلي: Mental Decline And Deterioration

عرف العلماء (التدهور) بأنه اصمحلال، أو هبوط أو تناقص في مستوى الوظائف العقلية عن سابق عهدها. ويعود هذا الهبوط لعوامل عديدة أبررها (إصابات الدماغ) أو (الجهاز العصبي). وهناك ضرورة ماسة لأن يفرق: Deferenciate بين التدهور الحاص لتقدم السن الذي أوصحه اختصار ويكسلر بلفيو في السن ما بعد الثلاثين كتدهور بسيط تدريجي؛ وبين التدهور الناتج عن أمراض عقلية أو نفسية - عصابية.

وقد كان (كرابلين) أول من أشار إلى (التدهور) باعتباره نقصاً يترادف باستمرار الزمن. وعرفه (إيفلش وإيفلش: English And English, 1958) بأنه (تصدع أو انهيار القدرة على التفكير).

وإذا تمكنا من (قياس ذكاء الفرد قبل المرض) ثم (نعمه) فإن العارق
بيها يكشف مقدار التدهور الذي حدث نتيجة للمرض. ولكن غاية كهذه
أقرب إلى الوهم منها إلى التحقيق.

وقد بررت (اختبارات) لتحقيق أعلى درجات الإمكان في قياس
التدهور وتقييمه وأهمها ما يأتي:

(١) اختبار السبده باكوك - ليعي ١٩٤٠: وقيس كفاءة الوظائف
العقلية.

(٢) اختبار شيلي - هارتمورد ١٩٤١: وقيس التدهور أو الانحدار
العقلي.

(٣) اختبار هانت - مايسوتا ١٩٤٣: وقيس الإصابات العضوية بالخ.

(٤) اختبار ويكسلر - بلقيو ١٩٤٤. ويعطيا نسبة التدهور العام.

وسنحرص - بإيجاز - إلى أبرز النقاط في هذه المحاولات.

اختبار بابكوك - ليعي:

يرتكز هذا الاختبار على مبدأ شائع هو إمكان قياس النقص أو
التدهور العقلي: Intellectual Impairment Or Decline للفرد؛ باستخدام
درجته على اختبار لتمثيل قدرته العقلية كما كانت قبل بدء الاضطراب
العقلي؛ ومقارنة درجات الفرد على اختبارات فرعية عديدة بدرجاته على
نفس الاختبارات الفرعية لمجموعة سوية من المفردات لنفس العمر:
Vocabulary Age وباستخدام هذا الأسلوب تصبح مفردات الفرد أفضل

ما يواجه التأثيرات الناجمة عن التقدم في العمر والإصابة بالمرض العقلي أو النفسي أو الإصابات العضوية في الدماغ.

وكانت قائمة اختبارات (بابكوك) الأصلية مكونة من (٢٤) اختباراً فرعياً أما المجموعة المقننة منها فتتكون من (٩) اختبارات فرعية مقسمة إلى ثلاث مجموعات:

(١) مجموعة اختبارات التكرار.

(٢) مجموعة اختبارات التعلم.

(٣) مجموعة الاختبارات الحركية.^(١)

وقد استخدم (معامل الكفاءة: Efficiency Index)؛ كوسيلة تشخيصية كمثال في مجموعة ذهان خبل مصحوب بشلل؛ اتضح أن متوسط المعامل في حالة هذا الذهان هو (-٤,٨). ويبلغ هذا المعامل بصفة عامة مستوى التدهور العقلي. أما في مجموعة فصامين فكان متوسط المعامل هو (-٣,٥). وقد كان هدف (بابكوك وليفي) من وضع اختبارها هو (قياس التأدية العقلية كمحك) لإبقاء الاستقرار في البيئة الاجتماعية الحالية، ولذلك فإنها حاولت عزل مظاهر الذكاء التي تظل مستقرة مع وجود الاضطرابات العقلية الكبرى والتي تقيس مستوى القدرة التجريدية (وهي المفردات في هذه الحالة). ونظراً لوجود عمليات عقلية أخرى متدهورة خلال الاضطراب العقلي؛ فإن الاختبارات قد أحرقت لقياس النقص في الكفاءة في الوظائف الآتية^(٢):

(سرعة الإدراك؛ وسرعة الاستجابة في الخبرات البسيطة المتعلمة جيداً وكذلك الخبرات الأقل ألفة والأكثر تعقيداً، وسرعة التعلم، والاستجابات

الحركية النفسية، والذاكرة في مراحل ومظاهر متعددة، وسهولة تحمل الجهد).

وينتقد العالم (فريمان 1962, Freeman) هذه الاختبارات بقوله: إنها عملياً لا تقيس الوظائف المذكورة. ومع ذلك قد شاعت اختبارات بابتوك في المجالات الإكلينيكية مما يدل على فائدتها. وقد انتهت بابتوك في دراستها إلى نظرية في التدهور: Theory Of Mental Deterioration ومن تطبيقاتها تفسير اضطراب الفكر الفصامي بأنه بطء مبالغ فيه، ويرجع هذا البطء العقلي إلى عدم إمكانهم التركيز أو دوام تشتتهم الفكري وعدم إمكانية حصره في موضوع محدد.

معامل التدهور في ويكلر - بلفيو ١٩٤٤ :

أثبتت الدراسات المتعددة بأن القدرات العقلية تنخفض أو تتناقص بمعدلات مختلفة. وقد أمكن حساب درجة التدهور العقلي من الاختلاف في معدلات التناقص في القدرات المختلفة. وقد اتضح إمكان تقدير المستوى الوظيفي للقدرات العقلية في أوقات سابقة. فالقدرات العقلية التي لا تتناقص كثيراً نتيجة لعامل السن هي القدرات التي لا تتأثر بعوامل التدهور العقلي أو تتأثر به بدرجة طفيفة للغاية. وبذلك يمكن افتراض أن الدرجات التي يحصل عليها المرء من هذه القدرات تمثل مستواه العقلي سابقاً. وبمقارنتها بدرجات القدرات التي تتأثر بالتدهور العقلي فإنه يمكن حساب درجة التدهور العقلي. وأطلق ويكلر على هذه الطريقة (طريقة الدرجات الفارقة: Differential Test Score Method) ومنها حسب معامل التدهور.

وقد بدأ ويكسلر بتحديد الاختبارات التي تتأثر (أقل تأثر) بالسن أو (لا تتأثر به إطلاقاً) وأطلق عليها (الاختبارات الثابتة) Hold Tests ، والاختبارات الأكثر تأثراً بعامل السن أي تنقص الدرجة عليها بتقدم السن وأطلق عليها: Don't Hold Tests أي الاختبارات غير الثابتة.

ولاستخراج (مقياس التدهور) يقارن العاخص بين مجموع الدرجات الموزونة للاختبارات الثابتة، ومجموع الدرجات الموزونة للاختبارات غير الثابتة، وهذه المقارنة من الممكن أن تعبر عن النتيجة إما في صورة نسبة Ratio بين مجموعتي الاختبار أو في صورة فرق Difference بينها. وبحول الفرق إلى فرق في المائة فإذا كان مجموع الاختبارات الثابتة (٥٠) ومجموع الاختبارات غير الثابتة (٤٠) كان التدهور (٢٠٪)، ونظراً لحدوث تدهور عادي أو طبيعي Normal فإن من الضروري أخذه بنظر الاعتبار ولذلك حسبت نسبة التدهور Deterioration Quotient العادية في الأعمار المختلفة ووجدت على النحو التالي: (انظر جدول - ٢٤):

الاختبارات الثابتة - الاختبارات غير الثابتة

$$\text{نسبة التدهور العامة} = \frac{\text{الاختبارات الثابتة}}{100 \times \text{الاختبارات غير الثابتة}}$$

ويكون (التدهور) محتملاً وصریحاً إذا كانت النسبة أعلى من (١٠) (وهو ما يعادل بالتقريب انحرافاً بمقدار -) (خطأ محتمل عن المتوسط من نفس الفئة) من التدهور العادي.

جدول نسب التدهور لاختبار (وايز)

جدول رقم (٢٤)

فئة السن	القيمة المحسوبة	القيمة المقربة
٢٤ - ٢٠	٠,٥	صفر
٢٩ - ٢٥	صفر	١
٣٤ - ٣٠	٤	٣
٣٩ - ٣٥	٤	٥
٤٤ - ٤٠	٩	٨
٤٩ - ٤٥	١١	١١
٥٤ - ٥٠	١٤	١٤
٥٩ - ٥٥	١٦	١٦

ثانياً: تقييم التفكير المجرد والتفكير المحسوس:

يعتبر في مقدمة العلماء الذين درسوا التفكير المجرد والمحسوس:

Abstract And Concrete Thinking.

العلماء (غلب، وعولدشتاين، وفامل، وشيرر:

Gelb, Goldstein, Weigl And Scheerer.)

أوضحوا اختبارات لها. وقد طبقت على فئات مرضية متعددة منها

المصابون بإصابات عضوية مخية والفصاميون. ويؤكد العالم (غولدشتاين: Goldstein) أن الأسوياء يستطيعون استخدام التفكير في المستوى المجرد والمحسوس معاً؛ أما غير الأسوياء من المرضى فاستخدامهم محصور لسط واحد من التفكير وهو التفكير المحسوس.

وقد وضع د. محمد سامي هنا (تحددات إجرائية) لمعاهيم التفكير التجريدي اشملت على أربعة عشر تحديداً وهي:^(١)

(١) التفكير العام: General Thinking

(٢) التفكير التجريدي: Abstract Thinking

(٣) الابتكار: Creativity Or Productivity

(٤) الكلية: Generality

(٥) التركيز: Concentration

(٦) المرونة: Flexibility

(٧) الثبات: Stability

(٨) الرمز: Symbol

(٩) التحليل والتركيب: Analysis + Synthesis

(١٠) استباط المبدأ العام: Deducing General Principle

(١١) المفهوم الكلي: Concept Formation

(١٢) مهمة التجريد: Abstraction

(١٣) مهمة التعميم: Generalization

(١٤) مهمة التصنيف: Classification

التفكير المحسوس: Concrete

ويتصف بالسمات الأربع التالية:

(١) الذاتية: Subjectivity

(٢) الصلابة: Rigidity

(٣) التشتت: Destruction

(٤) الغموض: Ambiguity

وقد استطاع العالمان (غولشتاين وشيرر)^(١) من خلال ملاحظاتها على المرضى النفسانيين والمصابين بإصابات عضوية مخية (١٩٤١) استخلاص أبرز (مبادئ التفكير التجريدي) الذي ساعدهم على وضع المرضى في إطار (التفكير المحسوس) فقط ، لعجزهم عن (القدرات المجردة) التالية:

١ - نزع الذات من الخبرات الداخلية والخارجية العائقة للإنسان عن التركيز.

٢ - اتخاذ وجهة عقلية تعتمد على الإرادة والشعور والتلقائية الذاتية.

٣ - التفكير على أساس سببي - منطقي والقدرة على التعبير اللفظي.

٤ - المرونة في الانتقال بين مظاهر موضوع التفكير.

٥ - الاحتفاظ الذهني بالجواب المختلفة لموضوع التفكير.

٦ - ملاحظة دقيقة للمبادئ الكلية للمعطى ، وتفصيلها إلى أجزاء ، وعزلها ، وإعادة تركيبها.

٧ - تحديد الصفات الهامة العامة للمفهوم.

٨ - التخطيط التصوري واستخدام الرموز المجردة.

وهكذا ينتهي (غولشتاين وشيرر) إلى أن أسلوب الأداء المحسوس يسيطر تماماً على فكر المرضى، ولا سيما لعجزهم في قدرات التفكير التجريدي المتمثلة بالنقاط الثماني الماضية.

اختبارات التفكير التجريدي العملية:

يوجد لاختبارات التفكير التجريدي عدد غير قليل؛ ويهنا في هذا المجال الضيق سرد أبرزها فقط تاركين للقارئ المصادر للرجوع إلى تفاصيلها حيث لا يمكن في لحة بسيطة تغطية هذه الاختبارات تغطية كاملة(*)

يقسم العلماء النمائيون هذه الاختبارات إلى (نوعين أساسيين) وهما (العملية واللفظية).

الاختبارات العملية للتفكير التجريدي: وهي اختبارات في التصنيف لقياس تكوين المفهوم الكلي وليس مجرد إدراك العلاقات المكتابة وهي:

(١) اختبار المكعبات: (Goldstein + Sheerer) Cube Test

(٢) اختبار فرز الأشياء: (Gelb, Weigl, Object Sorting

Goldstein, And Sheerer.

(٣) تكوين المفهوم الكلي:

Concept Formation (Kasanin + Hanfman)

(٤) مرونة التفكير:

Thinking Flexibility (Berg)

(٥) التصنيف:

Classification Test (Trist + Hargreaves)

الاختبارات اللفظية في التفكير التجريدي:

(١) المشابهات: Similarities Test (Wechsler)

(٢) التعميم: Generalization (Smoke)

(٣) الأمثال: Proverbs Test (A. Hand)

(٤) التابع اللفظي: Verbal Consequence (Rashkis, Cushman, Landis) (*)

ثالثاً: اختبار الذاكرة لويكسلر:

تمهيد: أثبتت الملاحظات الإكلينيكية أن المرضى المسنين يعجزون عن استدعاء Re- Calling أو استخدام الخبرات القريبة، واتضح أن (نقص الذاكرة): Memory Decline هو أحد الأعراض المتكررة الحدوث في عديد من الاضطرابات النفسية والعقلية. وتبين أن (فقدان الذاكرة) للقدرة على استدعاء الخبرات القريبة يعتبر ظاهرة عامة في ذهان الشيخوخة، تهتك أنسجة المخ، وتصلب الشرايين فيه، وذهان كورساكوف الكحولي، والشلل العام؛ وقد كشفت حالات الذهان الوظيفي بعض المعجز في (وطائف الذاكرة)؛ ولكن ليس بنفس الدرجة الموحدة في الإصابات العصبية.

وقد أيدت دراسات العالم (شاكوف وآخرون) ١٩٤١ بوجود المخدر وهبوط ملحوظين في الذاكرة بعد سن الستين.

اختبار ويكلر للذاكرة:

نشر (دافيد ويكلر ١٩٤٥) مقياسه للذاكرة:

The Wechsler Memory Scale

ويتكون من (٧) اختبارات فرعية:

- (١) اختبار المعلومات الذاتية والأحداث الجارية.
- (٢) اختبار إدراك الاتجاه: (رماناً ومكاناً).
- (٣) اختبار الضغط العقلي.
- (٤) اختبار الذاكرة المنطقية.
- (٥) اختبار مدى الذاكرة.
- (٦) اختبار التذكر البصري.
- (٧) اختبار التعلم الارتباطي.

وقد حسبت نسب الذاكرة على أساس تحريبي كي تجعل نسبة الذاكرة في أي عمر ملائمة لمتوسط نسب الذكاء لنفس العمر.

وقد ظهرت أهمية هذا الاختبار لولا أن له بعض العيوب؛ ومنها عدم وجود تفسير صادق لتقييم دلالة نقص الذاكرة. وهناك للذاكرة أعمال منها ما هو قصير الأمد ومنها ما هو طويل الأمد.

وفي عام ١٩٤٦ ظهرت صورة بديلة للاختبار يمكنها تقدير (التخمين) في حالة المريض.^(١٣)

هذا وتوجد (اختبارات مقننة أخرى) لقياس الذاكرة ولو أنها قليلة. وتتضمن بعض مقاييس الذكاء اختبارات لقياس الذاكرة ويمكن أن يستخدمها الأحصائي الإكلينيكي في تقدير (وظائف الذكاء) لدى المريض.

رابعاً: تقييم التآزر البصري - الحركي (بندر غشتالت):

يؤكد العالمان (رابابورت وشافر) بأن (التآزر البصري - الحركي) هو نشاط حركي موجه لتنظيم بصري، أي أنه يتضمن توجيهاً بصرياً في تنميده. والحقيقة أن أفعالنا الحركية ليست إجراءات تنفيذية لقرارات عقلية سابقة رهنياً ولكنها استهلال بقرار عام (يتعدل ويتكامل) عند أداء الفعل الحركي خطوة خطوة لمواجهة الموقف المحيط. وعملية التآزر البصري الحركي ليس سهلاً إدراكها ببساطة لأنها لا تخلو من بعض التعقيد.

ويعتبر (عولدشتاين) من أبرز العلماء الذين درسوا هذا النوع من التآزر المتلاحم الذي يتضمن عمليات (تنظيم) المثيرات الحسية في أنماط - ذات دلالات - مع أداء السلوك الحركي. وحين يوحد (جهاز عصبي مركزي سليم) بدون أي احتلال في أدائه لوظائفه فإنه يوحد تنظيم ثابت تلقائي في الاستجابة الحركية للمثيرات الخارجية وتفسيرها. والمرضى المصابون عضوياً توجد لديهم تهتكات بالغة أو ضئيلة حفية أو ظاهرة في عمليات التآزر البصري - الحركي.

ويشير العالم (بإب Pope) بأن هناك (أدوات عديدة) لوصف عملية التكامل الحسي - الحركي لدى المصابين بإصابات تدميرية في المخ. فهم يعانون اضطراباً حسيّاً للأنماط ويقلّ عدد التخطيطات العقلية الموحدة التي تعرض للمثير الخارجي. وتقل القدرة على تعلم أنماط جديدة. وتنقص القدرة على تحريد السمات الأساسية. ويعتبر من أبرز العلماء المهتمين في دراسة (التآزر البصري - الحركي) شيلدر، ولوريتا سدر: (*)

Schilder + Loretta Bender

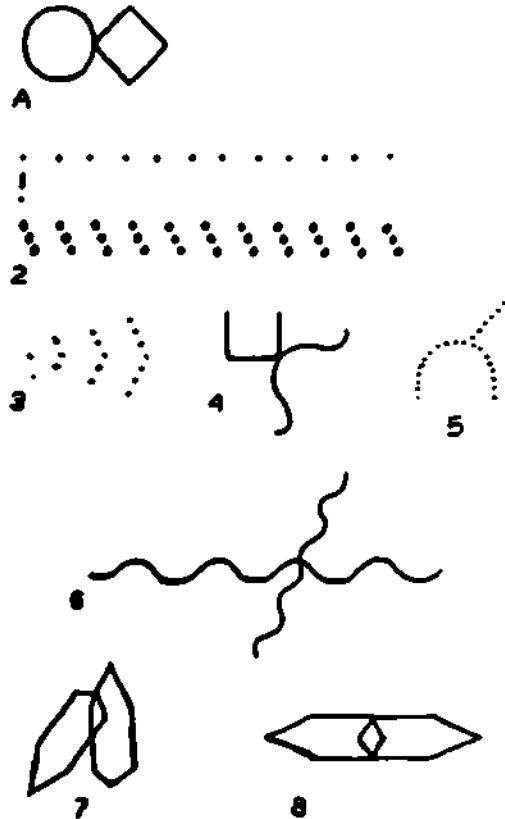
حيث استفادوا من المباحث التحريية عند فيرنهيمر، وليفين:

Wertheimer + Lewin

ويتكون (اختبار بندر غشتالت) من (٩) رموز لها غطها الخاص وكل واحد مرسوم في بطاقة خاصة:

The Bender Visual- Motor Gestalt Test

وقد عرض العالم (فريمان: 1962, Freeman) نموذج الاختبار؛ ودلالته كما هو وراود في الصفحات التالية في شكل - ٢٥ - :



شكل (٢٥) رسوم اختبار بندر جشتالت للصيغة البصرية الحركية (*)

وفيما يلي نموذج تصحيح الرسم (A).

بيان (٢٦)

الدرجة

وصف الأداء

- ١ شحبة أو رسم لا يشبه الرسم الموجود بالكرت
حلقتان غير كاملتي الإغلاق، وقد تكون الحلقتان متساويتين أو متداخلتين
أو بينها مسافة كبيرة، وقد تشبه إحدى الحلقتين
- ٣ المفلقتين الدائرة أو المربع
حلقتان منفلقتان في مستوى أفقي، تشبه أولاهما الدائرة وتشبه
الأخرى المربع، وقد تكون الحلقتان متاستين أو بينها مسافة صغيرة
- ٣ دائرة جيدة إلى حد ما، ومربع جيد إلى حد ما والمربع متجه نحو قطر
الدائرة، ويتاس كل من المربع والدائرة؟ وحجماهما
- ٤ متساويان تقريبا.
- دائرة جيدة تماما ومربع جيد تماما وزوايا المربع متساوية ويتاس الدائرة
- ٥ والمربع في المستوى الأفقي لقطريهما، مع تساوى حجميهما

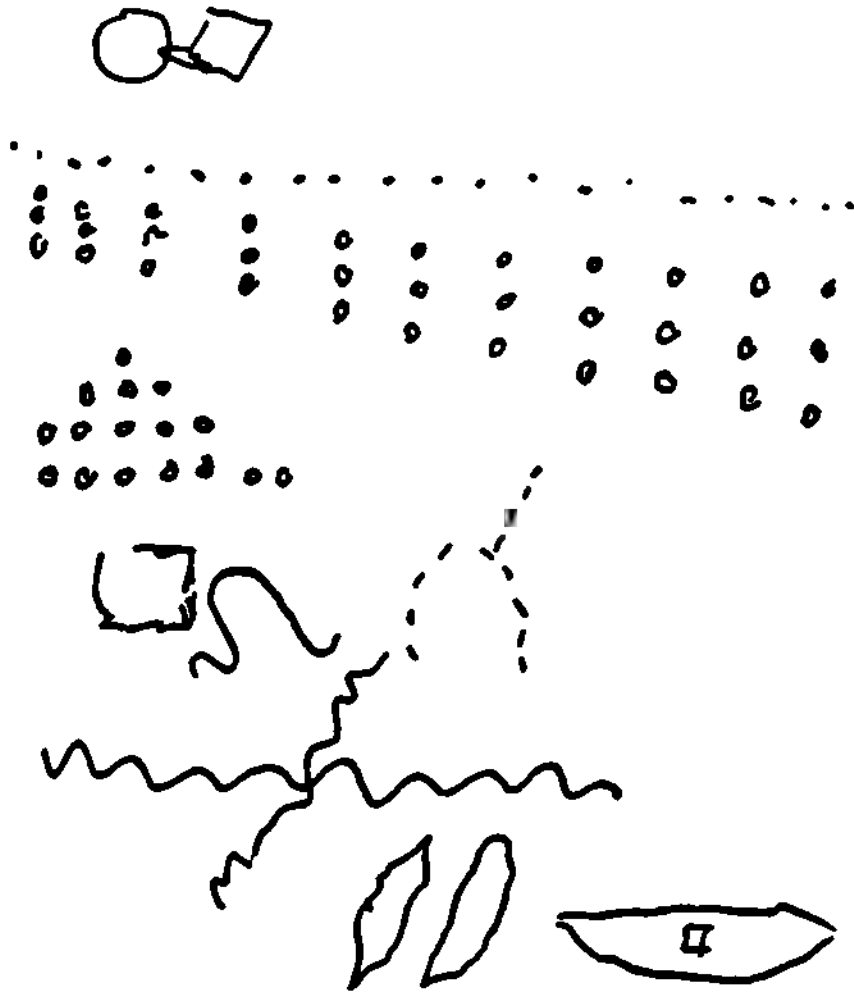
ويطلب من المفحوص أن (ينسخ) كلا من الرسوم (لا حدود لزمان الأداء). ومن الواضح أن الاختبار ليس اختبار إدراك حسي بسيط لقياس حدة البصر مثلاً أو ذاكرة بصرية أو تخيل، بل إنه اختبار إدراك وتأدية بصرية حركية فالرسوم المنسوخة تصحيح على أساس السرعة، والاتزان والاتجاه الرسوم، والخطوط الحادة أو المهترئة، ودرجة الدقة، والتوجيه الخاص، كما يسجل السلوك الحر أثناء الأداء مثل الحديث عن الرسوم الأصلية أو المنسوخة وتقليل الرسوم المنسوخة أو رفضها.

والرسوم التي يتضمنها الاختبار من تصميم ماكس فرتيمر Max

الأشكال بشوات	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠
أشد	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠	%١٠٠
١١	%٩٠	%٧٥	%٧٠	%٩٠	%٩٥	%٦٠	%٦٥	%٩٥	%٩٥
١٠	%٩٠	%٦٠	%٦٠	%٨٠	%٨٠	%٦٠	%٦٠	%٩٠	%٩٠
٩	%٧٠	%٦٥	%٨٠	%٧٠	%٨٠	%٧٠	%٧٥	%٨٠	%٨٠
٨	%٦٥	%٦٥	%٧٠	%٦٥	%٨٠	%٦٠	%٧٥	%٧٥	%٧٥
٧	%٦٠	%٦٥	%٦٠	%٦٥	%٧٥	%٦٠	%٧٠	%٧٥	%٧٥
٦	%٧٥	%٦٠	%٦٠	%٦٠	%٧٥	%٨٠	%٦٠	%٧٥	%٧٥
٥	%٧٥	%٦٠	%٦٠	%٦٠	%٧٥	%٨٠	%٦٠	%٧٥	%٧٥
٤	%٦٠	%٦٠	%٦٠	%٦٠	%٧٥	%٨٠	%٦٠	%٧٥	%٧٥
٣	خطية	خطية	خطية	خطية	خطية	خطية	خطية	خطية	خطية

شكل (٢٧) يوضح دلالة اختبار بندر حنظل كاختبار نضج في التأدية
الوطيفية للصيغة البصرية الحركية عند الأطفال وكشف التحلف العفلي والكوص
وفقدان التأدية الوظيفية وإصابات المح العصوية وكشف انحرافات الشحصة خاصة
عند وجود طواهر نكوصية لدى المراهدين والأطفال (Bender, 1946)

Wertheimer وهو أحد مؤسسي مدرسة الجشطلط أو اتجاه الصيغة Geatatl وقد استخدمها للمرة الأولى في دراسته عن الإدراك . والمبدأ الأساسي في اختبار بندر هو تنظيم جلي في وحدات تراكيبية، وهذه هي الصور الأولية للإدراك لدى الإنسان . وعلى هذا فإن افتقاد التكامل في الإدراك هو الدليل على عدم السواء النفسي . فالسلوك الإدراكي في الاختبار يتضمن استقبلاً حياً للرسوم، وتفسيراً في المستويات المركزية للجهاز العصبي، والأداء الحركي (الرسم). وعلى هذا فالعملية الكلية المتضمنة للإدراك والرسم قد تنحرف نتيجة للإصابة العصبية، أو عدم السواء الانفعالي المؤثر في إدراك الفرد، أو متغيرات المستوى العقلي للأداء . ومن هنا فإنه يمكن دراسة التأدية الصيفية Gestalt Functions في حالات اختلال الوظائف اللغوية، والإصابة العضوية بالمح، والفصام، وذهان الهوس الاكتئابي، والضعف العقلي، والمصاب، والأطفال الأسوياء .



(شكل ٢٨) نموذج لرسوم مريض ناصاته عصبه بالمح

(مأخوذة عن Pope & Scott, 1967)

حواشي الفصل السابع عشر

- (١) راجع تفصيل (القياس للكفاءة العقلي): د. عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - ١٩٧٦ - ص (٣٣١ - ٤٦٠).
- (2) Babcock + Levy. The Revised Examination For The Measurement Of Efficiency Of Mental Functioning, Chicago, C H Stoeling, 1942.
- (٣) راجع التفصيل: د. عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٧٦ دار النهضة العربية - القاهرة - ص ٣٣١ - ٣٤٩.
- (٤) راجع التفصيل: (نفس المرجع السابق) ص ٣٥٣ - ٣٦٠.
- (٥) د. محمد سامي هنا: التنظيم العقلي للتفكير التجريدي لدى الأسوياء والمصابين والذهانيين: (رسالة دكتوراه قدمت بجامعة القاهرة عام ١٩٧٠ بإشراف د. عثمان نجاني - مكتبة كلية الآداب - تحت الطبع.
- (6) Goldstein, K + Scheerer, M Abstract And Concrete Behavior; An Experimental Study With Special Tests; Psychological Monographs, Vol, 53, No, 2 1941
- (7) Goldstein, K + Sheerer, M. Abstract And Concrete Behavior; An Experimental Study With Special Tests; Psychological Monographs, Vol, 53, No, 2 1941
- (8) Delay, J, Pichot, P et Perse, J. Methodes Psychometriques En Clinique Tests Mentaux Et Interpretation, Paris 1955,
- (9) Hanfman + Kasanin Eight Keys To Schizophrenic Thinking, Illinois, Free Press, Pub, 1959, U S
- (10) Frasse, Manuel Pratique De La Psychologie Experimentale, Paris, P U F, 1956.
- (11) Rashkis, Cushman + Landis, A New Method For Studying Disorders Of Conceptual Thinking, J Abnorm. Soc. Psychology; Vol. 41. No, 1, 1946, PP 70 - 74

(12) For Details See: Wechsler, D A Standardized Memory Scale For Clinical Use, J. Psychol, Vol. 19, PP. 87 – 95, 1945.

* Rapaport, D; Gill + Shafer, R: Diagnostic Psychological Testing, Vol. I Chicago, Year Book, Pub, 1946, PP. 249 – 250, U. S.

* Pope, B: W, H: Psychological Diagnosis In Clinical Practice, New York, Oxford University Press, 1967, P. 289.

* Freeman, F. S: Theory + Practice Of Psychological Testing, New York, Rinehart + Winston, 1962.

* Bender, I. Instructions For The Use Of Visual Motor Gestalt Test, New York, Amer. Orthopsychiat. Ass. 1946.

★ مأخوذ من د . عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي .

★ تراجع القارئ للتفصيل:

Bender, L. Instruction For The Use Of Visual Motor Gestalt, New York Amer. Orthopsychiat. Ass, 1946.

الفصل الثامن عشر

خصائص الاختبارات الإكلينيكية وتقييمها وثباتها

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهد ...
- خصائص الاختبارات الإكلينيكية.
- صدق الاختبارات عند (كروساك)
- أنواع الصدق في مطور (فريمان).
- الثبات في الاختبارات المعية.
- عوامل انحراف الاختبارات وتشويه نتائجها
- مؤثرات التشويه في مطار (ماسليبع)
- مؤثرات التشويه في مطار (سراون)
- تقييم الاختبارات الإكلينيكية
- صدق الاختبار والعمل الإكلينيكي

- ثبات الاختبار.
- الملاحظة أثناء الاختبار.
- عيوب الاختبارات ومحدوديتها.
- مزايا وفوائد الاختبارات.

الفصل الثامن عشر:

[خصائص الاختبارات الإكلينيكية وتقييمها وثباتها]

تمهيد: يركز الأسلوب العلمي الحديث على (شمولية التشخيص) في فهم طبيعة السلوك المضطرب للفرد. وإذا كانت الاختبارات سلاحاً لنا وأداة حاسمة؛ فلا بد لنا إذن؛ من النظر إليها نظرة موضوعية و - غير جزئية - ونقدية.

إن التشخيص في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي يختلف اختلافاً جوهرياً عن التشخيص في الاضطرابات الجسدية، حيث نجد ظهور خواص كيميائية شادة في الدم أو في البول، أو عزل الأجسام الدقيقة في البراز، أو حتى مجرد ملاحظة الأعراض الظاهرة كما في الحمى أو احتقان الوجه أو توقف الذراع عن الحركة أو اضطراب في الأحشاء تشير مباشرة ودون خطأ إلى طبيعة الاضطراب الموحود.

إن التشخيص الأمثل للسلوك المضطرب باستخدام الاختبارات وغيرها من الوسائل؛ يجب أن يأخذ في اعتباره الشخص بأكمله، مع الاعتقاد التام بالتفاعل المستمر بين النفس والجسم أو بين العقل والبدن وهذا عمل شاق وطويل.

ولعل من الخطأ - في تقديري - أن ينظر البعض إلى التشخيص على أنه (غاية) في حد ذاته كما يتجه الاتجاه الطبي في تركيزه على (الأعراض)

دون (الأسباب)؛ والأقرب إلى المنطق هو أن يكون التشخيص مجرد أداة ووسيلة تدفعنا نحو غايات أكثر أهمية وأبعد مدى. ولعل هذه الغايات والأهداف تبقى بعيدة المنال ما لم ننظر إلى التشخيص كعملية فنية باعتباره توضيحاً للعوامل الدينامية و (المسبة) وقادر على التنوُّ بالحالة، ووضع المريض في إحدى الفئات الإكلينيكية. وإن سهجاً كهذا يتم بالشمولية لا بد أن تتضافر فيه مجهودات النماي، والطبيب، والأخصائي الاجتماعي، والمرضة، والمشرّف على التأهيل المهني والتدريب العلاجي كفريق واحد متكامل: Team work ولعل بداية هذا المسح تقتضي منا أن ننظر للاختبارات من منظور بقدي نعرف من خلاله على (خصائصها، وثباتها، وتقييمها) ليكون لها بين أيدينا ورها الدقيق كأدوات وقنوات موثوقة في العمليتين التشخيصية والعلاجية.

خصائص الاختبارات الإكلينية:

- (١) ضرورة الالتزام بعدم التعميم: إن الأخصائي الناجح يحاول عدم الانزلاق في التعميم بأكثر من نتائج الاختبارات التي بين يديه.
- (٢) الاتساق بين محتوى الاختبار وهدفه: إن معاني المفردات لا تستخدم للدلالة على القدرة على استخدامها؛ والتكيف في المالحات المختلفة لا يكفي للدلالة على الخصائص الانفعالية للفرد. فالاختبارات يجب أن تكون متسقة ومتفقة مع الهدف الذي تستخدم من أجله.
- (٣) استخدام النتائج في حدود ما تقيس: يجب أن يستخدم الأخصائي نتائج اختباراته فيما تقيس وليس فيما (لا تقيس) فدرجة الدكاء مثلاً لا تدل على التدهور العقلي والميل لا يدل على القدرة.

(٤) عدم التقيد باختبار واحد: إن الاعتماد الكامل والثقة بصدق اختبار واحد ودلالته يجب أن لا يقع به الأخصائي فلا بد من اختبارات متعددة ووسائل أخرى للتأكد من دراسة الحالة.

صدق الاختبارات عند (كرونباك)^(١): Cronback

إن مما يجعل أدوات التشخيص في أيدينا كالاختبارات مثلاً؛ هو الاهتمام بمدى صدقها فكما أن اختبار الذكاء تتحدد درجة صدقه بدرجة قياسه للذكاء؛ فإن لكل اختبار درجة معينة من الصدق. وقد تحدث العالم (كرونباك: 1960 Cronback) عن نوعين رئيسيين في (صدق الاختبارات) وهما:

١) الصدق المنطقي: Logical Validity

إن المقصود به (مضمون بود الاختبار) ودراسة النود بطريقة قياسية أصبحت ممكنة عن طريق بيان مطابقة الاختبار للصفة أو القدرة التي يقيسها. وتتوقف درجة أو دقة الصدق المنطقي على (دقة تعريف القدرة أو الصفة المراد قياسها).

٢) الصدق التجريبي: Empirical Validity

ويُقاس بمقارنة الاختبار (المراد تحديده درجة صدقه) بنتائج مقياس آخر ثبت صدقه. ويدكر (كروساك) - الصدق العاملي: Factorial Validity كنوع للصدق التجريبي، ويستخدم في إحرائه أسلوب التحليل

العامل الإحصائي، ويقصد به مدى نقاء الاختبار في قياس عامل واحد بعينه.

أنواع الصدق في منظور (فريمان) 1962, Freeman

يحدد العالم (فريمان: Freeman) في كتابه الشهير^(٢): (النظرية والتطبيق في القياس النفسي) سعة أنواع من أنواع الصدق للاختبارات وهي:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Operational + Predictive V. | ١) الصدق الإحصائي التنبؤي: |
| Face Validity | ٢) الصدق السطحي (المظهري): |
| Content Validity | ٣) صدق المحتوى (المضمون): |
| Factorial Validity | ٤) الصدق العاملي: |
| Construct Validity | ٥) الصدق التكويني: |
| Coocurrent Validity | ٦) الصدق التلازمي: |
| (٢) Cross Validation | ٧) الصدق بمقارنة العيّنات: |

الثبات في الاختبارات النفسية

يحدد العلماء لثبات الاختبارات دلالتين وثيقتي الارتباط ولكنها متمايزتان في القياس النفسي:

- ١ - مدى الاتساق الداخلي للاختبار: ونعني بها اتساق النتائج عند تطبيق الاختبار مرة واحدة؛ ويتميز آخر مدى دقة القياس في تطبيقه.
- ٢ - مدى الحصول على نتائج متسقة من تطبيق الاختبار مرة وإعادة

تطبيقه مرة ثانية؛ ويدل هذا على مدى الاعتماد على الاختبار للأغراض التنبؤية.

والثبات في الاختبارات قد يكون (نسبياً أو مطلقاً)، فالثبات النسبي يذكر على أنه معامل ارتباط، أو معامل ثبات، ويدل هذا المعامل الاحصائي على المدى الذي تكون فيه نتائج تطبيق الاختبار بصورتين متكافئتين على مجموعة من الأفراد متسقة نسبياً. وفي بعض الأحيان يقصد بالثبات النسبي تحليل التباين.

أما (الثبات المطلق) فيذكر على أنه الخطأ المعياري للمقياس ومقدار انحراف الدرجات الناتجة عن حقيقتها، وبذلك يمكن تقدير الثبات بتطبيق واحدة من الطرق الثلاث التالية:

(١) الثبات بإعادة التطبيق: ويتم بإجراء نفس الاختبار مرتين على نفس الأفراد.

(٢) الثبات بالصورتين المتكافئتين: ويتم بإجراء صورتين منفصلتين متكافئتين للاختبار الواحد على نفس الأفراد.

(٣) الثبات بالتجزئة النصفية: ويتم بإجراء تقسيم بنود الاختبار الواحد إلى نصفين، ويفترض أن النصفين متكافئان ومنفصلان، وبحسب معامل الارتباط بين النصفين كما لو كانا صورتين متكافئتين أو تطبيقين للاختبار الواحد مع تطبيق معادلة تصحيح الطول.

وفي حالة التصحيح لإجراء الثبات بطريقة (التجزئة النصفية) تستخدم معادلة (سبيرمان - براون) وهي:

معامل ارتباط الجزئين x عدد الأجزاء

$$\text{ثبات الاختبار كله} = \frac{1 + (\text{عدد الأجزاء} - 1) \times \text{معامل ارتباط الجزئين}}{2}$$

وتوجد معادلات أخرى إحداها تستخدم (الانحرافات المعيارية) منها معادلة (غوتمان Guttman) وتستخدم عند عدم تساوي الانحرافات المعيارية لجزءي الاختبار وهي:

ثبات الاختبار كله.

$$= 2(1 -$$

$$(\text{انحراف معياري الجزء الأول})^2 + (\text{انحراف معياري الجزء الثاني})^2$$

(انحراف معياري الاختبار كله)

وكذلك معادلة (رولون Rulon) وهي تستخدم تبين فروق درجات النصفين وتبين درجات الاختبار.

تبين فروق درجات النصفين

$$\text{ثبات الاختبار كله}^{(4)} = 1 - \frac{\text{تبين فروق درجات النصفين}}{\text{تبين درجات الاختبار}}$$

وهناك في كتب الإحصاء العديد من الطرق لحساب الثبات كتحويل التباين، والخطأ المعياري للقياس وغيرها.

عوامل انحراف الاختبارات وتشويه نتائجها

يستحسن أن يتزود الأخصائي بالكثير من الخبرة والتدريب والمعرفة والممارسة بكل المتغيرات: Variables التي تؤثر في دقة الاختبارات وتشويه نتائجها.

ويمكننا استعراض أبرز العوامل المؤثرة على نتائج الاختبارات بما يأتي:

١ - شخصية الفاحص ونوعية الإجابة: إن الإجابة: Test Response هي عينة من السلوك تتأثر بالفاحص وشخصيته، وبالموقف الذي يحيط بالاختبار وبطبيعة الاختبار ذاته: Person and stimulus configuration وطبيعي أن يكون صعباً صبط الإطار الذي يجري فيه الاختبار Test Context والظروف المحيطة به من توقيت وإضاءة وأوراق وغيرها.

٢ - نظرة المرضى للاختبارات وللفاحص: إن بين المرضى من يرى أن الاختبار سيستخدم ضدهم؛ ومنهم من يرى فيه وسيلة طبية لمساعدتهم؛ وتختلف كذلك نظرهم للفاحص وشكله ولونه ودينه واتجاهاته. وعلى كل أخصائي أن يكون على وعي كامل بهذه المؤثرات.

المؤثرات في منظار (ماسلنغ: Masling: 1957)^(٥):

توصل العالم (ماسلنغ) إلى أن ثمة عوامل هامة تؤثر على إحاسات المرضى على الاختبارات وأبرزها هي:

١ - عوامل تطبيقية ترتبط بطريقة تطبيق الاختبارات كالتعليقات وغيرها.

- ٢ - عوامل ترجع إلى حالة المريض في موقف الاختبار وراحته أو إرهاقه أو تأثيره ببعض العقاقير أو التنويم أو الكحول.
- ٣ - عوامل ترتبط بالفاحص سواء كانت مقصودة أو غير مقصودة مثل مظهره العام أو تقبله للمريض.
- ٤ - عوامل ترتبط بالمفحوص كالصراعات اللاشعورية لديه أو المودة أو العداء تجاه الفاحص.
- ٥ - عوامل ترتبط (بالخبرات السابقة) عند المريض ونظرته للاختبار.

المؤثرات في منظار (براون ١٩٦٨)^(١):

أشار العالم (براون Brown, 1968) في كتابه: «مناهج البحث ووسائله في علم النفس الإكلينيكي» بأن ثمة عوامل بارزة تتحكم في التأثيرات على إجابة الاختبارات:

- (١) سلوك المفحوص إزاء الاختبار (دفاعي - سلمي - مقاوم - متحمس ..).
- (٢) موقف المفحوص أثناء الاختبار (عدواني - سريع التهيج - خجول - متحدي ..).
- (٣) استجابة وفهم المفحوص للتعليمات: (سريعة - بطيئة - حذرة - غير متسقة ..).
- (٤) النشاط بيد الإجابة: (قلق حركي - بفرقة عصبية - قضم أظافر ..).
- (٥) مشكلات الكلام: (صعوبة النطق، التهمة إلخ ..).

تقييم الاختبارات الإكلينيكية

تعتبر مجلدات العالم (بيروس Buros, O.K)^(٧) الخمسة من أدق وأشهر الكتب انتشاراً في موضوع الاختبارات؛ (تعريفاً وعرضاً وتحليلاً وتالياً ونقداً وتقييماً).

وجاءت بعدها مؤلفات القياس على يد مشاهير العلماء أمثال: أناستازي، وكرونباك، وفريمان وغيرهم: Anastasi, Cronback and Freeman. وقد أكد هؤلاء العلماء أن من أهم شروط الاختبارات النفسية الجيدة (الصدق - والثبات - وتوفر المعايير - وموضوعية التصحيح، والوسائل المساعدة في التفسير).

وبهنا - في مجال الحديث عن تقييم الاختبارات - الحديث الموجز عن:

١ - صدق الاختبار والعمل الإكلينيكي.

٢ - ثبات الاختبار.

٣ - الملاحظة أثناء الاختبار.

٤ - عيوب الاختبارات ومحدوديتها.

٥ - مزايا وفوائد الاختبارات.

(١) صدق الاختبار والعمل الإكلينيكي:

ليس المقصود بالصدق عمومية اللفظ وإنما الذي نعني من صدق الاختبار في علاقته بالتميزات التي يهتم الأخصائي النفسي بدراستها.

ويرى (كرونباك : 1960, cronback) أن معاملات الصدق التي تصل إلى

حدود (٠,٣٠) ذات قيمة عملية مؤكدة وأن معاملات الصدق الاقل من ذلك تكون مفيدة عندما تغطي جوانب من الشخصية لا تغطيها اختبارات أخرى تزيد درجة صدقها عن ذلك.

ويرى (كرونباك) أن (استعراض جميع الدراسات الخاصة بصدق الاختبارات يؤيد مبدأ (شانون) وهو:

« أن زيادة التعقد في المعلومات لا تحصل عليها إلا بالتضحية بالدقة: Fidelity ».

وأما فيما يتعلق بمقاييس صدق الاختبارات فإن صدق المحتوى يحدد مدى تمثيل الاختبار للموضوع الذي اهتم بقياسه من حيث المضمون. وأما الصدق التنبؤي فإنه يقيس تنبؤ الاختبار عن الأداء في المستقبل. وقياس الصدق التلازمي مدى الاتفاق بين الاختبار وغيره من الوسائل.

أما الصدق التكويني فإنه يقيس المدى الذي يعكسه الاختبار لوجود السمة أو الخاصية أو التكوين التي يفترض أن يقيسها لدى المفحوص.

(٢) ثبات الاختبار والعمل الإكلينيكي:

ثبات الاختبار يشير إلى اتساق نتائج الاختبار عندما يطبق أكثر من مرة؛ أو إمكانية الحصول على نفس النتائج عند إعادة تطبيق الاختبار، أو دقة الاختبار: Accuracy and consistency ويحدد ثبات الاختبار مدى إمكانية وقوع الدرجة التي يحصل عليها في مدى - ما - من الدرجات. فإذا حصل طمل على نسبة ذكاء قدرها (١١٥) فإن النسبة الحقيقية لذكائه تقع بين (١١٠ - ١٢٠) إذا كان الاختبار ثباتاً بدرجة

عالية. وكلما قلَّ ثبات الاختبار كلما زاد المدى الذي تقع فيه الدرجة الحقيقية التي يحصل عليها المرء في ذلك الاختبار.

(٣) الملاحظة أثناء إجراء الاختبارات:

تعتبر (الملاحظة الإكلينيكية الخبيرة) أثناء إجراء الاختبار (أهم إضافة) للمعلومات التي يقدمها لنا الاختبار. وعلى الأخصائي النفسي أن يلاحظ مظهر المريض وسلوكه وعناده وتعاونيه وردود أفعاله أثناء سير الاختبار سعيًا وراء الإشارات الدالة على (اتجاهه نحو الاختبار (Test-Taking Attitude).

(٤) عيوب الاختبارات ومحدوديتها:

لقد أصبح واضحاً أن للاختبارات حدوداً وعيوباً تتمثل بما يأتي:

(١) إن نتائج الاختبارات تتوقف على (اتجاه المفحوص) إلى المريض المجيب.

(٢) تتوقف قيمة الاختبار على كفاية الأخصائي وقدرته على تفسير نتائجه، وهناك خطر كبير في اعتماد الأخصائي على (الاختبارات) أكثر مما ينبغي.

(٣) العلاقة التي تتشكل بين الفاحص والمفحوص قد تكون غير مرغوب بها وقد تؤدي إلى نتائج تتعارض مع العلاج. وهناك شعور بين النفسانيين بأن - نقصاً واضحاً - يوجد في الاختبارات وقيمتها

ومدى فائدتها وخاصة في نواحي العلاج من حيث (النوع والمدة والمكان والنتيجة).

(٤) الاختبار النفسي قد لا يتلاءم مع أصحاب العاهات النطقية أو الجسدية أو الذين يشكون من عجز أو نقص ونتائجه عموماً لا تعدو أن تكون مجرد (احتمالات). وعلى الأخصائي أن لا يقصر اعتداه عليه فقط؛ لأنه مجرد (أداة: Tool).

(٥) إن الاختبارات النفسية عموماً تركز الأهمية الكبرى على حالة المريض ذاتها دون الاهتمام (بمواقف الحياة المحيطة) وأثرها في سلوكه، والديناميات فيه؛ والمؤثرات الخفية والمساهمة حوله.

(٥) مزايا وفوائد الاختبارات:

(١) الاختبارات عادة أفضل من بديلاتها لأنها تتطلب وقتاً أقصر ومجهوداً أقل وتشتمل على موضوعية أكثر من المقابلة وتاريخ الحالة التي تعتبر أقل منها صدقاً وثباتاً.

(٢) تسهل عملية (تبادل النتائج) بين الأخصائي وغيره من المتخصصين في العيادات.

(٣) تعتبر أقل الوسائل تأثراً بالانحياز الشخصي Personal-Bias رغم وجود التفاوت بينها في الموضوعية.

(٤) تعتبر خاضعة للتحليل الإحصائي وأطوع له وللمقارنات الرقمية والتحليل العلمي على عكس الوسائل التشخيصية الأخرى التي تتعرض للخطأ.

(٥) الاختبارات الاقتصادية في التكاليف وتوفر وقت الأخصائي الذي يحتاج دوماً الرجوع إلى (الكتب المتخصصة) ومصادر القياس والاختبارات*.

حواشي الفصل الثامن عشر

(1) Cronback, L J Essentials of Psychological testing. New York, Harper + Row, 1960

(2) Freeman, F S: Theory and Practice of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962

(٣) من أجل بحث تفصيلي يرجع القارئ إلى: د. عطية هنا - علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - ١٩٧٦ - القاهرة - ص (١٩٠ - ٢٢٢).
(٤) راجع السيد مؤاد البهي: علم النفس الإحصائي - ١٩٥٨ دار الفكر العربي - القاهرة.

(5) Masling, J: The Effect Warm and Cold Interaction on the Administration and Scoring of Intelligence Test, J. Consult Psychol, 1957, 23, pp. 336 - 341

(٦) براون، أ.و: مباحث البحث ووسائله في علم النفس الإكلينيكي، في مباحث البحث في علم النفس بإشراف اندروز (مترجم بإشراف يوسف مراد) القاهرة - دار المعارف ١٩٦٨.

7) Buros, O K.. (Ed) The 1940 Mental Measurements, Yearbook, New Jersey, 1941, U S A, and the Third and Fourth and Fifth 3,4,5 th

* Anastasi, A Psychological Testing, New York, Macmillan, 1961. U.S.A

- Cronback, L.J: Essentials of Psychological Testing Harper + Row, 1960. U.S.A

- Freeman, F S: Theory + Practice of Psychologic-Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962, U S A

الفصل التاسع عشر

أساسيات رئيسية ومناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي

[خطة الفصل المنهجية]:

- اللغة الإكلينيكية السايكولوجية.
- مسلمات أساسية في علم النفس الإكلينيكي:
 - ١- الحافز والدافعية.
 - ٢- الحتمية البعثة والمعنى السلوكي.
 - ٣- الأساق والاطراد.
 - ٤- الشمورية والاشعورية في الدوافع.
 - ٥- السلوك أنماط متعلمة.
- المشكلات المصححة للبحث في علم النفس الإكلينيكي.
 - ١- مشكله الملاحظة

- ٢ - مشكلة التصنيف.
- ٣ - مشكلة القياس والتقدير الكمي.
- ٤ - مشكلة التحريب.
- ٥ - مشكلة العيَّة.
- ٦ - مشكلة تصميم البحث.
- أسس منهجية في البحث العلمي.
- مناهج البحث وأنواع البحوث:
 - أولاً: البحوث الوصفية والمنهجية.
 - ثانياً: البحوث التحريبية
 - ثالثاً: البحوث الارتباطية - العلائقية
- أسس منهجية في علم النفس الإكلينيكي.
- مصادر للبحث.

الفصل التاسع عشر:

أساسيات رئيسية ومناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي

- اللغة الإكلينيكية ومسلّمات أساسية في علم النفس الإكلينيكي.
- المشكلات المنهجية للبحث في علم النفس الإكلينيكي.
- أسس منهجية في البحث العلمي.
- مناهج البحث وأنواع البحوث الإكلينيكية.
- أسس منهجية في علم النفس الإكلينيكي.

اللغة الإكلينيكية الـايكولوجية:

إن من أهم أهداف البحث في علم النفس الإكلينيكي وضع (لغة دقيقة) Accurate Language تعبر عن مفاهيمه والعلاقات القائمة بينها؛ والنتائج التي يتوصل إليها البحث. ولهذا فقد كنا نشدد دوماً على القول بأن (الكلمات والتعاريف) يجب أن تحوّلها اللغة الدقيقة إلى تعاريف ومفاهيم (إجرائية Operational) أي ذات مدلول سلوكي قابل للتحقيق في إطار الواقع. وتزداد أهمية (الدقة اللغوية) عند اختيار المتغيرات واختصارها وعند تفسيرها أو طرح الحلول أو تخطيط برامج العلاج.

وقد سب عدم (الدقة اللغوية) أن يقول باحثان نفس الكلمات ولكن

كل واحد منها يقصد ويفهم عكس ما يعنيه الآخر؛ وعلى الأخص - في
بيئتنا العربية - ذلك أن معظم الكلمات قد بدأت تفقد معناها ومدلولاتها
لأنها مشحونة بالانفعالات العاطفية ولم تتبلور في إطار ومصمون (إجرائي -
سلوكي) محدد: Specific, Concise, Accurate, Precise, Definite, Vital,
Central and Operational.

ولعل من المؤسف أن يخرج علماء نفسانيون عن (التحديد اللغوي)
ويستخدموا - تعابير عامة - مثل: الاعتبار غير المشروط الذي نادى به
(كارل راشر C. Rogers) وهو تعبير: (الاعتبار غير المشروط:
Unconditional Positive Regard)؛ وتعير (الإرادة الحرة: The Free
Will)؛ وغيرها.. وعلى هذا فتعاريفنا يجب تحديدها (إجرائياً) في الكلام
والحث: Operational-Definitions. وتواجه الظواهر الإكسبيريكية عموماً
في مجال الوصف ومستويات التحديد والاتصال اللغوي (ثلاثة صعوبات)
وهي:

أ - صعوبات الممارسة اليومية: Everyday Practice

إن (تسيط اللغة) بين الأخصائي والمريض يشكل ضرورة ومتطلباً دَوَيَّ
طرفين. وحين يتمكن الأخصائي من الإصغاء الدقيق للمريض لفهم لغته؛
فإن صعوبة فهم المريض للأخصائي تبقى قائمة؛ لقصور في الفهم عند المريض
أو لقصور عند الأخصائي في مهارته باتصال لغته للآخرين.

ب - المجال المهني والإداري ومتواه الخاص: Professional + Administrative Communication

إن مستوى الأخصائي الإكسبيريكي كمتخصص بين فريق من

التخصصين في المستشفيات والعيادات يضعه أمام مسؤوليات يشارك من خلالها في الاحتمات التشخيصية والملاحية؛ وكتابة التقارير، وإجراء المقالات؛ وهذه كلها تستلزم (لغة خاصة) لاستعمالها في - وسط آخر - وتختلف عن اللغة العامة: Public .

ج- مجال البحث العلمي ونظريات الشخصية والسلوك:

إن - الباحث العلمي - لا بد أن يتزود (باللغة) الخاصة بميدانه ويعبر من خلالها عن نظرياته واستنتاجاته. وقد رأينا ذلك في محاولات العالم (كانل Cattell) بالنسبة للعوامل التي حددها نتيجة استعراضه للبحوث في ميدان الشخصية ووضعها تحت (الفهرس العام للعوامل: Universal Index For Factors) ومحاولة العالم (آيرينك: Eysenck) في وضعه لنظام تشخيصي على أسس اختبارات مقننة وتطبيقه للعلاج السلوكي.

وهكذا فإن من واجبات الأخصائي الانتباه إلى هذه الصعوبات التي سيتصدى لها في مجال بحثه، وعلاقاته، وأعماله.

ملاحظات في علم النفس الإكلينيكي:

يأخذ علم النفس الإكلينيكي كعلم ناشئ بملاحظات عديدة، أبرزها (الملاحظات الخمس) التالية:

١) الحافز والدافعية: إن كل سلوك يرجع إلى دوافع: Behind Every Behavior Motive + Drive وتسظم هذه الدوافع على شكل تدريجي متصاعد هرمي: (هياراركي): وبعضها أقوى من الآخر، ويتميز البعض بالأولوية على غيره.

٢) الحتمية النفسية والمعنى السلوكي: إن كل سلوك مهما كان بسيطاً أو معقداً فإنه يرجع إلى عوامل تحدده؛ ففلسفات اللسان وأسلوب العمل يجب دراسة دوافعها والظروف المؤدية إليها. والسلوك على هذا لا يسير عشوائياً بل هو هادف وذو معنى: **Behind Every Behavior Reason, Meaning, and Goal.**

٣) الاتساق والاطراد: يتضمن السلوك صفة الاطراد والاتساق في دوافع الفرد وأساليب سلوكه وإشباع دوافعه: **Consistency** وهذا الاطراد في السلوك هو الذي يسمح لنا بأن نتنبأ بسلوك الفرد مستقبلاً. ومن ملاحظة السلوك في الظروف المختلفة يحاول الإكسبيريكي أن يحدد الأساليب المطردة في تمثيل الفرد واستجاباته.

٤) الشعورية واللاشعورية في الدوافع: يركز أصحاب مدرسة التحليل النفسي على الصراعات والدوافع اللاشعورية؛ باعتبارها عمليات افتراضية. ويهتم آخرون هذه العمليات بأنها عمليات غيبية **Demonological**؛ ويفصل البعض الحديث على مستوى الشعور المدرك المحسوس. ومع ذلك فإن معظم الإكسبيريكيين يسلّمون بأن السلوك الإنساني قد يتحدد بعمليات ليس الإنسان على وعي بها كلية.

٥) السلوك أنماط متعلمة: **The Behavior is Learned** يسلّم معظم علماء النفس بأن أساليب السلوك وأنماطه عموماً هي مكتسبة ومتعلمة من البيئة. ويؤكد السلوكيون وأصحاب نظريات الشخصية بأن هذه المسألة هي أساسية وأن (التفاعل) قائم بين خصائص الكائن الوراثية والفيزيولوجية وعمليات التعلم.

وإن إحاطة (الأخصائي) بالسلطات الخمس السابقة تجعله أكثر مهارة في

اختيار الأسلوب الباحح في عمله وتخصصه الميداني.

المشكلات المنهجية للبحث في علم النفس الإكلينيكي:

يعترض - الباحث العلمي - في ميدان علم النفس الإكلينيكي (ست مشكلات منهجية للبحث) لا بد من مراعاتها والاهتمام بها وهي:

(١) مشكلة الملاحظة: Observation

يتفق العلماء في اعتبار الملاحظة Observation أداة هامة من أدوات البحث العلمي. ويستخدمها الباحثون في دراستهم للظواهر المختلفة بأصول وقواعد دقيقة. وهي في - الميدان الإكلينيكي - تستلزم مهارات فائقة وممارسات وخبرات؛ وذلك بسبب تعقد الظواهر المدروسة في هذا الميدان.

وحظورة الملاحظة تكمن في اختلاف وجهات النظر بها. وقد أقام العالم (كروكر Crocker) تجربة عن ملاحظة سلوك بعض الأفراد ومقارنة ملاحظاته من مجموعة من المشاهدين المثقفين لما حدث تدل بوضوح على أن كلا من المشاهدين لاحظ (غير ما لاحظه الآخرون). ويعيد الباحث السبب في ذلك إلى أنه لم يطلب منهم أن يلاحظوا (شيئاً محدداً بالذات). ولهذا لا بد من (تحديد هدف) الملاحظة. والملاحظة بدون مهارة وتدريب قد تتحول إلى مجرد إصاعة للوقت. ويتعرض الملاحظ عموماً للتحيز والتعصب الذاتي وكلها أطراف نقدية لهذه المشكلة المنهجية.

(٢) مشكلة التصنيف: Classification

كان (أبقراط Hippocrates) أول من صنف الأمراض إلى دموي،

وصعراوي، ويلمعي، وسوداوي. ثم قام كريبلين وكرتشمير بتصنيفات أخرى. وأشار فرويد إلى تصنيف في التطور النفسي - الجنسي على نسق تصنيف دارون وسنسر. وحاء اختصار الرورشاخ في تتابع توالي الاستجابات بعضها وراء البعض الآخر. واهتم العلماء بتصنيف المرضى إلى (فئات) إكلينيكية. وفي جميع حالات التصنيف يجب أن يكون الأحصائي - حدراً - من عوننة الناس إد كثيراً ما يتضح فيها بعد أن الحكم في التصف كان لظروف خاصة وطارئة وشخصية ولم يكن نتيجة لظواهر الحالة ذاتها ودينامياتها وحصائصها وطروفاها الموضوعية المختلفة.

(٣) مشكلة القياس والتقدير الكمي:

لقد قال العالم (ثورندايك) بأن « كل ما يوجد؛ يوجد بمقدار، وما يوجد بمقدار يمكن أن يقاس ». إن التحديد الرقمي يعني مقدار أو مدى الظاهرة التي تدرس وهو أمر صعب في جميع الظواهر النفسية والاجتماعية. فمن الصعب مثلاً أن نحدد رقماً يدل على (مدى العصائية) أو المحبة، أو الكراهية التي توجد عند فرد من الأفراد.

(٤) مشكلة التجريب: Experimentation

إن مشكلة الضبط للمتغيرات في عملية التجريب مشكلة منهجية صعبة: Control of Variables فهي تفرض أعباءها على الباحثين لمراجعة الكثير من التفسيرات التي وضعت من المجموعات الضابطة، وغالباً ما تفقد الباحث للوقوع بالخطأ.

فقد دعا (كوتون A. H. Cotton) إلى النظرية القائلة بأن الاتهامات

البؤرية: Focal Infections هي السبب الرئيسي في المرض العقلي. ورأى أن إزالة الأسجة الملتهية لدى المرضى العقليين تؤدي إلى شفائهم. ولتأييد نظريته عرض عدداً كبيراً من الحالات التي شفيت على هذا الأساس.

وحاء بعده (كوسلوف وتشيفي Kopeloff + Chevey) وشروا مع (كيري Kibry) أبحاثاً مضادة؛ استخدموا فيها فئات مرضية تجريبية وضابطة؛ وكان المرضى ممن لم تجر عليهم عمليات استئصال الأنسجة الملتهية؛ ووجد أنه (لم توحد فروق) ذات دلالة بين المجموعتين بسبب العملية. وتوصلوا إلى النتيجة القائلة بأن (بؤرة الالتهاب) ليست السبب الرئيسي في المرض العقلي الوظيفي (الدهان الوظيفي Functional Psychosis) وقد أدت هذه النظرية إلى ترك نظرية كوثون القديمة. وقد أثار (آيزينك Eysenck) حالياً مثل هذا النقد ضد نظرية التحليل النفسي وعلاجه في شفاء الأمراض النفسية.

(٥) مشكلة العيّنة: Sampling

هذه أيضاً من المشكلات المنهجية الخاصة بالدراسات الإحصائية، ويكفي أن نذكر أننا في كثير من الأحيان أمام (حالات فردية) Individual Cases لا يمكن أن نعمم منها على حالات أخرى.

(٦) مشكلة تصميم البحث: Research-Design

إن الحالات المرضية (نفسياً وسلوكياً وعقلياً) ودراساتها ودراسة تأثير أنواع العلاج المختلفة بها تتطلب كثيراً من المرونة في تناولها؛ والحالات (ليست دوماً في متناول الباحث) فقد يكون انقطاع معلوماتها دائماً أو

متقطعاً؛ ولكي يتمكن الباحث من تصميم البحث لا بد أن يستفيد من كل مصدر للبيانات ولكن ليس على حساب دقة البحث العلمي وأصوله الاحصائية والمنهجية.

اسس منهجية في البحث العلمي:

يتصدى البحث العلمي عموماً لسؤالين أساسيين: (لماذا؟ Why وكيف؟ How) والأخصائي الإكلينيكي بحكم احتكاكه الدائم بمشكلات الأفراد وهدف مساعدتهم فإنه على صلة دائمة بمواجهة هذين السؤالين.

ويؤكد العالم (راينباك : Reichenbach) أن عملية البحث العلمي هي خلق وإبداع للقضايا العلمية وتتطلب وضعاً للفروض وتطويراً للمناهج البحث واكتشافاً وتحقيقاً. ولا بد للبحث من (قاعدة نظرية). ويواجه الأخصائي باستمرار العديد من المشكلات التي تتطلب منه البحث عن الحلول. وكلما ظهرت مشكلات جديدة برزت الحاجة لوضع فروض جديدة واتسع نطاق البحث وأصبح أكثر عمقاً وأصاله. ويمكننا تحديد خسة أسس منهجية للبحث العلمي:

١ - الشعور بالمشكلة وتحديد لها وصياغتها على شكل فروض وتعريفها (إجرائياً): Operationally .

٢ - تحديد المنهج المتبع للدراسة: Method and Tools of Research .

٣ - اختيار العينة للبحث . Selection of Sampling .

٤ - معالجة البيانات واستخراج النتائج: Statistical Analysis and Reaching Conclusions .

٥- تفسير النتائج واقتراح الحلول أو المقترحات العملية.
**Interpretations of Results and Recommending Solutions or
Suggestions [The Application of The Study]**

ورغم أن (الباحث) يدرك جيداً أهمية الأسس السابقة للبحث فإن أمامه ثلاثة مناهج أو طرق في البحوث.

مناهج البحث وأنواع البحوث: تختلف مناهج البحث ونوعياته حسب (نوع الموضوع المدروس أو المشكلة المطروحة) التي غالباً ما تحدد الأسلوب والطريقة. ويوجز العلماء مناهج وأنواع البحوث بثلاثة أنواع:

أولاً: البحوث الوصفية والمحية: Survey And Descriptive Researches

وهي ضرورة عند (بدء البحث) لأنها تساعد في إجراء (مسح شامل) للمشكلة يهدف إلى تحديد عناصرها وطبيعتها. ويستخدم بها الملاحظة والمقابلة والاستبيانات؛ وهذا النوع من البحوث مهم جداً في البحوث الإكلينيكية نظراً لأن الظواهر التي تدرسها لا تحدث في المختبر. ومن أمثلتها دراسة اتجاهات الرأي العام، ووجهة نظر الناس إلى الأمراض النفسية؛ ونشاط الأطفال المراهقين في محتمات محلية محددة؛ ويطلق عليها الدراسات الايكولوجية السلوكية: Ecological Behavioristic Researches (دراسة علاقة سلوك الإنسان بالبيئة الطبيعية).

ثانياً: البحوث التجريبية: Experimental Researches

وتهدف إلى دراسة (أثر عامل) من العوامل في ظاهرة من الظواهر

وذلك بزيادة أثر هذا العامل أو تقليله أو إلغائه. ويستخدم الباحث فيه الوسائل الإحصائية والمختبرية. وتتميز هذه البحوث في أن الباحث فيها يكون مسيطراً على (العامل أو العوامل) التي يدرسها فهو يتحكم فيها وجوداً وعدماً، وزيادة ونقصاً. ورغم أهمية هذه البحوث كموع ومنهج في علم النفس عموماً وعلم النفس الإكلينيكي خصوصاً فإن من الصعب (اخضاع الشر) للشروط التجريبية دون حدوث ضرر وخطر.

وفي عصرنا نماذج لأخطار التجارب في تلقيح بعض الأفراد ببعض العقاقير المخدرة الكيميائية: مثل (L.D.S) وغيرها للحصول على (أعراض الفصام) عند الفرد ثم اكتشاف مضادات لها. وتمتلئ المختبرات في الولايات المتحدة الأمريكية بثبات التجارب المعاصرة والمثيرة للعقول والأذهان التي صدرت حولها مئات الكتب والأفلام الغريبة.

ثالثاً: البحوث الارتباطية - العلائقية: **Correlational Researches**

يهدف هذا النوع من البحوث إلى بيان (العلاقة أو العلاقات) بين الظواهر أو المتغيرات؛ وفيها لا يعرض أفراد التجربة لأي إجراء تجريبي ولكنهم يخضعون للملاحظة أو لقياس هذه الظواهر؛ ثم يقوم الباحث بطرقه الإحصائية المتعلقة بدراسة العلاقة بين الظواهر وتنصص هذه البحوث دراسة معاملات الارتباط، والتحليل العاملي ومقارنة المجموعات، ويستخدم الباحث فيها اختبارات الدلالة الإحصائية.

أسس منهجية في علم النفس الإكلينيكي

إن من الضروري أن يراعي الأحصائي الاعتبارات المنهجية التالية:

١- لا توجد ظاهرة واحدة تعمل بمفردها في المجالات النفسية والسلوكية والاجتماعية؛ وإنما يوجد (تفاعل وتداخل) متعدد الجوانب بين المتغيرات والظواهر : Multiple Interaction .

٢- إن البحوث الإكلينيكية لا ترمي فقط إلى الوصول إلى القوانين والمبادئ العامة التي تحكم السلوك الإنساني وإنما تستهدف (دراسة الفرد) وإرجاع سلوكه لأسباب وعوامل مؤثرة فيه. والاعتماد على المقارنة كمنهج مفيد. ويؤكد العلمان (آلبورت، وبيشوف Allport + Bischof) أن في الشخصية جوانب فردية محصنة ذات خصائص فريدة: Idiographic ومن الوسائل المستخدمة بدراسة الفرد وشخصيته معالجة القياسات المختلفة الخاصة بالشخص الواحد في أوقات متعددة. ويعتبر التأثير المعنوي (السيماطي) طريقة أخرى للبحث: Semantic Differential Method .

٣- لا يجوز أن يستخدم الأخصائي - اختصاراً واحداً - فقط بل عدة مقاييس وهناك من المقاييس ما يكشف العديد من الجوانب كاختبار الشخصية المتعدد الوجوه (مانيسوتا)؛ ويصح وأحب الأخصائي دراسة (النموذج - النمط) Pattern بالنسبة لدرجات المبحوص ويضعها على شكل (تخطيط نفسي) Psychological Profile . حتى يفهم الحالة من كافة أبعادها .

٤- يجب التركيز في البحث على أهمية (المعيار)؛ فيتساءل الأخصائي: ما هو المعيار للعلاج النفسي المستخدم؟ ما الذي يريد الباحث قياسه؟ ما الذي يقيسه هذا الاختبار؟

٥- ينبغي على الباحث أن يكون على حذر من (معرفة الذاتية) بالمحوصين موضوع الدراسة؛ وهذا ما يطلق عليه (التأثيرات غير

التجريبية: Extra Experimental Influences وتلاني ذلك يستخدم ما يطلق عليه (التصميم التجريبي المزدوج العشوائي) Double-Blind Design . وهي التجارب التي يكون بها الفاحص والمفحوص على غير علم بالمتغيرات التي يتضمنها البحث. ومثالها حالة تجارب (البلاسيبو: Placebo) وهي (الحبوب غير المؤثرة التي تستخدم في تجارب أثر الأدوية والعقاقير في الأمراض النفسية).

٦ - ينبغي على الباحث أن ينطلق من (أخلاقيات للبحث) تستهدف دوماً مصلحة الآخرين. فعليه ملاحظة مقدار الضغط على الفرد Stress وعدم توجيهه أو توجيه الفرد خارج نطاق المصلحة أو أعراس البحث العلمي* .

حواشي الفصل التاسع عشر

* Reichenbach, H: Experience and Prediction, an Analysis of the Foundations and Structure of Knowledge, Chicago, University of Chicago Press, 1938

* Bischof, L. J: Interpreting Personality Theories, New York, Harper and Row, 1964

* راجع: د. عطية هنا وسامي هنا: (علم النفس الإكلينيكي) دار النهضة العربية (الطبعة الأولى - الجزء الأول) - ١٩٧٣ - القاهرة - ص (٤٨ - ٦٣).

ملحق

قائمة ساندبيرغ وتيلر
للاختبارات النفسية
الشائعة

Sundberg, N.D. And Tyler, L.E. (*)

**(*) Clinical psychology New York, Appleton-Century,
Crofts, 1962.**

ملحق

أهم الاختبارات السيكولوجية المستخدمة في علم النفس الإكلينيكي

أورد سونديرج وتيلور (*) قائمة تشتمل على خمسين من أهم الاختبارات في مجال علم النفس الإكلينيكي، باعتبارها أكثر الاختبارات النفسية قيمة، والتي ينبغي أن يعرفها المختص النفسي الإكلينيكي. ولما كانت الاختبارات النفسية كثيرة، فقد وضع سونديرج وتيلور محكات موضوعية لاختيار هذه الاختبارات الخمسين، أساسها شيوع استخدام الاختبار، وتكرار ذكر الاختبار لدى خبراء علم النفس الإكلينيكي، ووجود أكبر عدد من البحوث والدراسات المنشورة عن الاختبار.

والمحكات الموضوعية الثلاثة هي:

- ١ - استخدام الاختبار لدى النصف على الأقل من ١٨٥ من أكبر المستشفيات والعيادات ومراكز الإرشاد في الولايات المتحدة الأمريكية.
- ٢ - ذكر الاختبار لدى خمسة على الأقل من عشرة من خبراء علم النفس الإكلينيكي وهم مؤلفو أهم عشرة كتب في علم النفس الإكلينيكي وهم:

1. Garfield, 1957.
2. Hadley, 1958.
3. Louttit, 1957.
4. Pennington & Berg, 1954
5. Rotter. 1954.
6. Rubinstein & Lorr, 1954.
7. Shaffer & Lazarus, 1952.
8. Thorne, 1955.
9. Wallen, 1945.
10. Watson, 1951

٣ - ترتيب أعلى ١٠٪ من عدد المحوث المنشورة عن الاختبارات والمذكورة في الكتابين السنويين الأخيرين للقياس العقلي. Buros: Mental Measurements Year Books: 1953, 1959. في قسمي قياس الذكاء والشخصية فردياً.

وقد تجمع على أساس واحد أو أكثر من هذه المحكات ٣٠ اختباراً، وأصاف سونديج وتايلور ٢٠ اختباراً آخرين لتكملة وسائل القياس مع تضمنها لأحدث هذه الوسائل.

الذكاء أو القدرة العامة

١ - اختبارات أرثور لقياس الأداء (بالنقط):

Arthur Point Scale of Performance Tests:

مجموعة من اختبارات الأداء تشتمل على لوحات أشكال، مناهات، رسوم مكعبات، وما إليها، وكلها مقننة على نفس المينة، ويمكن استخلاص نسب ذكاء للأعمار من ١/٢ إلى سنة وحتى الرشد.

٢ - اختبار رسم الرجل (جودإنف)^(١):

Draw-A-Man (Goodenough)

إجراء قديم وبسيط للحصول على تقدير تقريبي للذكاء بتصحيح تفاصيل رسوم الطفل ونسها، للأعمار من ٥ وحتى ١٥ سنة.

٣ - اختبار المفردات - الصور الشامل:

Full-Range Picture Vocabulary Test

قياس سريع للمفردات الشائعة الاستخدام، ويطلب من المفحوص أن يشير إلى أي الصور الأربع تصور الكلمة التي ينطق بها الفاحص. ويفيد لدى المرضى الذين يفقدون القدرة على التعبير. للأعمار من عامين وحتى الرشد.

٤ - مجموعات كنت للمقاييس للطوارئ:

Kent Series of Emergency Scales (Kent E-G-Y)

مجموعات قصيرة من الأسئلة - تفيد كوسائل كشف سريعة ونسباً تقريبياً للذكاء. صور مختلفة للأعمار من ٥ إلى ١٤ سنة، ويمكن استخدامها مع الراشدين ممن يشك في ضعفهم العقلي.

٥ - اختبار متاهات بورتوس^(٢): **Porteus Maze Test**

مجموعة من المتاهات المطبوعة وعلى المفحوص أن يرسم طريقه من نقطة

البداية وحتى الخروج. ويوصف الاختبار بأنه يقيس الاستبصار والتخطيط. وقد اتضح أنه أداة مفيدة إكلينيكياً لكشف حالات تدهور المخ والجناح. للأعمار من ثلاث سنوات وحتى الرشد (من ٣ - ١٨).

٦ - المصفوفات المتتابعة (رافن) (Progressive Matrices (Raven)

مجموعة من الرسوم بكل منها جزء ناقص، وعلى المفحوص أن يختاره من بين بدائل متعددة. وتعليقات الاختبار شفوية وبسيطة جداً، ويمكن استخدامه كاختبار جمعي. وهو شائع الاستخدام في بريطانيا حيث صُمم وطور هناك، والمعايير من ٨ إلى ٦٥ سنة.

٧ - مقياس ستانفورد بينيه للذكاء^(٣):

Stanford-Binet Intelligence Scale

أقدم الاختبارات المستخدمة لدى النفسيين، وأحدث تعديل له عام ١٩٦٠ وهو مرتب على مستويات العمر العقلي، وحالياً يبين نسب الذكاء بدرجات معيارية، للأعمار من سنتين وحتى الرشد، وغير مقنن على الراشدين الأكبر سناً.

٨ - مقياس وكسلر لذكاء الراشد (واين)^(٤):

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)

سنة اختبارات فرعية لفظية (المعلومات - المهم - الحساب - المشابهات - تذكر الأرقام - المبررات) وخمسة اختبارات فرعية عملية (رموز

الأرقام، رسوم المكعبات، تكميل الصور، ترتيب الصور، تجميع الأشياء)،
ويبين نسبة ذكاء لفظي، ونسبة ذكاء عملي، ونسبة ذكاء كلي، للأعمار من
١٦ وما بعدها، والمعايير حتى سن الستين وما بعدها.

٩ - مقياس وكسلر - بلفيو للذكاء^(٥):

Wechsler-Bellevue Intelligence Scale

صورة مبكرة من (وايز) للأعمار من ١٠ وحتى ٧٠ عاماً.

١٠ - مقياس وكسلر لذكاء الأطفال^(٦) (ويسك):

Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)

صورة للأطفال من مقياس وكسلر، والمعايير للأعمار من ٥ إلى ١٥ عاماً.

النقص العقلي واضطرابات التفكير

١١ - اختبار تكوين المفهوم الكلي (اختبار فيجوتسكي أو هنفان
وكازانين)^(٧):

Concept Formation Test (Vigotski or Hanfmann-Kasanin Test)

يتطلب الإجراء أن يفرز المفحوص مكعبات مختلفة الأشكال
والألوان، وليس الاختيار ملائماً لاختبار مفحوصين ذوي قدرة عقلية
مرتفعة، وما زال الاختبار يعتمد على الخبرة إلى حد كبير، لكنه يستخدم

بالمعنى الإكلينيكي لدراسة اضطرابات الفكر في حالات الفصام وتدمير المخ.

١٢ - اختبارات جولدشتين - شيرير للتفكير التجريدي والمخوس^(٨):

Goldstein-Scheerer Tests of Abstract and Concrete Thinking

مجموعة من الأساليب الإكلينيكية لاختبار قدرة المريض على تكوين المفهوم الكلي، ومنها فرز الأشياء، ونسخ الرسوم. وأحياناً يستخدم اختبار ويجل Weigl لفرز اللون - الشكل بمفرده لبيان الأداء البسيط لتكوين المفهوم الكلي. وليست للاختبارات معايير دقيقة لكنها تتيح إمكانيات طبية للملاحظة الإكلينيكية.

١٣ - مقياس شبلي لتقدير التلف العقلي:

Shipley. Institute of Living Scale for Measuring Intellectual Impairment

اختبار ورقة وقلم ويمكن تطبيقه جمعياً كوسيلة سريعة للكشف عن التلف العقلي أو المعجز في الأداء العقلي وبين الاختبار درجات مفصلة لأحراء المفردات والتجريدات. وتعتمد النسبة المفهومية Conceptual Quotient على فرضية أن درجة التحريد المنخفضة انخفاضاً غير عادي عقارتها بالمفردات تدل على نقص عقلي يرجع إلى تدمير المخ أو بعض الاضطرابات الوظيفية الأخرى.

١٤ - مقياس وكسلر للذاكرة: Wechsler Memory Scale

وسيلة سريعة وعملية لفحص ذاكرة المريض على أسس مقننة. وينود الاختبار بسيطة لمعرفة معلومات المريض، والتوجيه الزماني والمكاني، والاستدعاء المباشر، والتذكر. والمعايير محددة للراشدين.

١٥ - اختبار الصيغة البصرية - الحركية (بندر جشتالت)

Visual-Motor Gestalt Test (Bender-Gestalt)

مهمة المفحوص على هذا الاختبار بسيطة، وهي أن ينسخ تسعة رسوم تقدم له واحداً بعد الآخر. ويستخدم الاختبار ليكشف عن الانحرافات أو التشوهات الإدراكية لدى المصابين بتدمير المخ والتخلف في النمو العقلي وخصائص الشخصية. والاختبار شائع الاستخدام للتشخيص الفارق للإصابة العضوية بالمخ، وتصحيحه مقنن، وقد أكدت بعض الرسوم صدق الكشف عن الإصابة العضوية بالمخ.

القدرات الخاصة والاستعدادات والتحصيل

١٦ - اختبار الفهم الميكانيكي (بنت)

Test of Mechanical Comprehension (Bennett)

مجموعة أسئلة عن الصور تمثل المبادئ الميكانيكية، وهو شائع الاستخدام. يمكن تطبيقه على الجماعات، والاختبار صادق في التنبؤ

بالنجاح في المهن الميكانيكية والهندسة والتدريب السريع يطبق من تسع سنوات دراسية وما بعدها.

١٧ - تحليل دريل لصعوبة القراءة

Durrell Analysis of Reading Difficulty

إجراء مقنن لتشخيص صعوبات القراءة لدى الأطفال يتضمن السرعة والفهم في القراءة الجهرية والصامتة، والفهم بالإنصات، والتعرف على الكلمات، وتحليل الكلمات. والقائمة ذات قيمة للكشف عن أخطاء القراءة، كما تعطي معلومات إكلينيكية هامة (للسنوات الدراسية الست الأولى).

١٨ - بطارية اختبارات الاستعدادات العامة (جانب)^(١١)

General Aptitude Test Battery (GATB)

صممت للاستخدام في استشارات التوظيف. تتضمن البطارية ١٢ اختباراً، وتستخدم إما أجهزة بسيطة أو ورقاً وقلماً. والدرجات لتسعة عوامل (الذكاء - الاستعداد اللفظي - الاستعداد العددي - الاستعداد المكاني - ادراك الشكل - الاستعداد الكتابي - التأثر الحركي - مهارة الأصابع - مهارة الأيدي) وقد أظهرت نماذج القدرة المهنية درحات فاصلة لكثير من المهن^(١٢).

١٩ - اختبارات منسوتا الكتابي: Minnesota Clerical Test

يقيس الاختبار سرعة المفحوص ودقته في مقارنة أزواج الأسماء،

وأزواج الأعداد، ويمكن تطبيقه على الجماعات، وأظهرت الدراسات صدقاً معقولاً اعتماداً على تقديرات المشرفين المكتسبين ومدرسي المواد التجارية وكذلك الأداء الوظيفي. (للسنوات الدراسية من الثامنة حتى الثانية عشرة وللراشدين).

٢٠ - اختبارات متتابعة للتقدم الدراسي (ستب)

Sequential Tests of Educational Progress (STEP)

اختبارات جمعية لتحصيل القراءة، والكتابة، والرياضيات، والعلوم، والدراسات الاجتماعية، والإبصاف. وحرء خاص بكتابة المقال. وتتملق بنود الاختبارات بكثير من المهارات العقلية الموجودة في التقسيم الدراسي الموضوعي وهو مناسب للسنوات الدراسية من ٤ - ٦، ٧ - ٩، ١٠ - ١٢، ١٣ - ١٤.

الميل والقيم والاتجاهات

٢١ - اختبار كودر للتفضيل المهني^(١١).

Kuder Preference Record-Vocational

شائع الاستخدام في البحوث والتطبيق العملي. وهو أسلوب يعتمد على المحصر الحاسم، ويبين درجات على الميل في أنواع النشاط التالية: الميكانيكية، الحماية، العملية، إقناع الغير، الفنية، الأدبية، الموسيقية، الخدمة الاجتماعية، الكتابة، النشاط الخلوي. وهو احتصار حملي ويناسب السنوات الدراسية من ٩ - ١٦ وللراشدين.

٢٢ - اختبار سترونج الميول المهنية للرجال^(١٢)

Strong Vocational Interest Blank for Men

اختبار شائع الاستخدام. يقارن استجابات المفحوصين باستجابات الناجحين في عدد كبير من المهن. ويمكن استخدامه مع الجماعات. للأعمار من ١٧ سنة وما بعدها.

٢٣ - دراسة القيم (ألبورت - فرنون - ليندزي)^(١٣)

Study of Values (Allport-Vernon-Lindzey)

اختبار يتطلب من المفحوص أن يفاضل بين أنشطة متعددة تمثل قيماً مختلفة. والقيم هي: النظرية، والاقتصادية، والجمالية، والجماعية، والسياسية والدينية، ويمكن تطبيقه جميعاً. ويناسب السنة الدراسية ١٣ وما بعدها.

اختبارات الشخصية

٢٤ - اختبار بل للتوافق^(١٤) (Bell) Adjustment Inventory

استخدم الاختبار في عدد كبير من البحوث المنشورة منذ عام ١٩٣٠ وصُمم الاختبار بوسائل التناسق الداخلي ليكشف عن التوافق في مجالات أربعة: التوافق المنزلي، والتوافق الصحي، والتوافق الاجتماعي، والتوافق الانفعالي. ويمكن استخدامه جميعاً. وهو يناسب السنوات الدراسية من ٩ - ١٦ وللراشدين.

٢٥ - اختبار كاليفورنيا النفسي (اختبار الشخصية السوية)^(١٥)

California Psychological Inventory

صُمم الاختبار لقياس سمات الشخصية السوية، ويتضمن ١٨ مقياساً مقسمة إلى أربعة أقسام: القسم الأول ويتضمن مقاييس السيطرة، القدرة على بلوغ المكانة الاجتماعية، الميل الاجتماعي، الحضور الاجتماعي، تقبل الذات، الشعور بالرضى النفسي والسعادة، والقسم الثاني يتضمن مقاييس المسؤولية، المُجارة والضج الاجتماعي، ضبط الذات، التسامح، اظهار الذات في صورة مقبولة اجتماعياً، مجارة السمط الاجتماعي الشائع (التشيع). والقسم الثالث يتضمن مقاييس إجادة الإبحاز، الاستقلال في الإبحاز، الكفاية العقلية. والقسم الرابع ويتضمن مقاييس العقلية السيكلوجية، المرونة، الأنوثة. ومجموع عبارات الاختبار ٤٨٠ عبارة وتحدد الاستجابات في فئتي الموافقة وعدم الموافقة، وللإختبار معاملات صدق لكل مقياس على أساس محكات خارجية متعددة كما أن له معاملات ثبات مرتفعة بإعادة التطبيق. ويُطبق الاختبار جمعياً أو فردياً، ويناسب الأعمار من سن ١٣ سنة وما بعدها.

٢٦ - اختبار كاليفورنيا للشخصية (اختبار الشخصية للأطفال)^(١٦)

California Test of Personality

منذ نشر الاختبار عام ١٩٣٩ وهو يستخدم في عدد كبير جداً من البحوث وقد جرت عليه بعض تعديلات عام ١٩٥٣. وهو أحد الاختبارات القليلة العدد للشخصية الملائمة للسنوات الدراسية الأولى. ويتضمن

الاختبار ١٢ مقياساً هي: اعتماد الطفل على نفسه، احساس الطفل بقيمته، شعور الطفل بحرية، شعور الطفل بالانتماء، التحرر من الميل للانفراد، الخلو من الأعراض العصبية، المستويات الأخلاقية الاجتماعية، المهارات الاجتماعية، التحرر من الميول المضادة للمجتمع، العلاقات في الأسرة، العلاقات في المدرسة أو المهنة، العلاقات في البيئة المحلية. والاختبار جمعي، ويطبق ابتداءً من أطفال الرياض، وله معايير صدق (محتكات خارجية) وثبات مرتفعة.

٢٧ - اختبار كورنل Cornell Index

تعديل مدني لاستفتاء عسكري للكشف السريع، ويتطلب من المفحوص أن يضع علامة « هل لديه أعراض نفسية مرضية متعددة؟ » ويتضمن درجة واحدة فقط. ويمكن استخدامه للكشف العام في بدء المقابلة. (وفي مجال الإرشاد النفسي يشبه قائمة موني للمشكلات) للراشدين والجماعات.

٢٨ - قائمة إدواردز للتفضيل الشخصي^(١٧)

Edwards Personal Preference Schedule (EPPS)

القائمة مصممة على أساس المحص الحاسم لقياس ما يرغب الفرد من التقدير الاجتماعي له. ويعطي الاختبار ١٥ درجة لما يقرره المفحوص عن حاجاته مثل التحصيل، تأمل الذات، السيطرة، لوم الذات، العدوان، ويمكن تطبيق القائمة جمعياً، وتناسب القائمة طلاب الجامعات والراشدين.

٢٩ - اختبار منوتا المتعدد الأوجه للشخصية (اختبار الشخصية المتعدد الأوجه)^(١٨)

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

أكثر الاختبارات انتشاراً واستخداماً في البحوث والتطبيقات العملية في مجال الشخصية. وهو في الأصل يتضمن درجات لأربعة مقاييس للصدق (الاتجاه نحو تطبيق الاختبار) وتسمة مقاييس إكلisiكية مثل الاكتئاب، والمستيريا، والفصام. ويتضمن الاختبار الآن مقاييس أخرى متعددة مستمدة من بنوده الأصلية، ويطلق الاختبار جمعاً وفردياً، للأعمار من ١٥ وما بعدها.

٣٠ - اختبار الشخصية (برنرويتز)^(١٩)

Personality Inventory (Bernreuter)

اختبار قديم مثل اختبار بل للتوافق وما زال يستخدم في الكثير من الدراسات المنشورة. ويتضمن ست درجات: الميل العصبي، والاكتفاء الذاتي، والانطواء - الانبساط، والسيطرة - الخنوع، والثقة بالنفس، والمشاركة الاجتماعية. ويمكن استخدامه كاختبار جمعي، وبأساس السنوات الدراسية من ٩ - ١٦ وللراشدين.

٣١ - استفتاء العوامل الستة عشر للشخصية (١٦ ع ش كاتل)

Sixteen Personality Factor Questionnaire (16, PF, Cattell)

يعتمد على التحليل العاملي الشامل، ويتضمن درجات عن الذكاء و ١٥

عاملاً للشخصية مثل السيطرة، الثبات التقليدي، المحافظة (الراдикаلية)،
ويطبق جمعياً أيضاً، للأعمار من ١٦ وما بعدها.

الأساليب الإسقاطية للشخصية

٣٢ - الصور المودعة: The Blacky Pictures

مجموعة من ١٢ من رسوم الورق المقوى صممت لتكشف الخبرة المتعلقة
بالنمو النفسي الحسي على أسس نظرية التحليل النفسي. ويمكن أن تطبق
باستخدام أسئلة محددة أو بطريقة رواية قصة تلقائياً، للأعمار من الخامسة
وما بعدها.

٣٣ - اختبار تفهم الموضوع للأطفال (كات)

Children's Apperception Test (CAT)

مجموعة من ١٠ رسوم عن الحيوانات، وعلى المفحوص أن يقص عنها قصة.
للأعمار من ٣ إلى ١٠ سنوات.

٣٤ - اختبار رسم - شخص (ماكوفر)

Drew-A-Person Test (Machover)

أسلوب عام بسيط يتطلب من المفحوص أن يرسم شخصاً، ثم يرسم
شخصاً آخر من جنس مخالف للأول. وبعد اختبار جود إنف لرسم الرجل
صورة متقدمة له. وما زال صدق تفسيراته عن الشخصية محل نظر. لكن

الاختبار شائع الاستخدام لأنه لا يستغرق وقتاً، وجاذب للاهتمام، ويطبق على الأطفال والراشدين.

٣٥ - الأسلوب الإسقاطي للمنزل - الشجرة - الشخص^(٢٠)

House-Tree - Person Projective Technique (H.T.P.)

يطلب من المفحوص رسم منزل ثم شجرة ثم شخص، ويسأل مجموعة من الأسئلة الإرشادية، وتتضمن كراسة التعليمات تصميماً كمياً. للأعمار من الخامسة وما بعدها.

٣٦ - عمل قصة صورة (مابس) (Macke A Picture Story (MAPS))

مجموعة من ٢٢ خلفية صورة يوضع أمامها العديد من الأشكال مصنوعة من ورق مقوى وعلى المفحوص أن يقص عن كل منها قصة، للأعمار من السادسة وما بعدها.

٣٧ - اختبار الرورشاخ^(٢١) Rorschach Test

أكثر الاختبارات الإكلينيكية انتشاراً واستخداماً في البحوث والتطبيق العملي. على المفحوص أن يبنى عما يراه في عشر من بقع الحبر خلال فترة تداع حر، ثم يسأل الفاحص عن موضع ما أدركه المفحوص، وخصائص المدرك (اللون - الشكل - الخ) ما يوحي به المدرك. ويعد بروتوكول تصحيح وتفسير كلوبفر Klopfer هو الأكثر استخداماً ثم بروتوكول بيك Beck. وقد أجريت على الرورشاخ تعديلات وابتكارات

متعددة أكثرها تحديداً وضبطاً كميّاً هي ما اجراه هولتزمان وزملاؤه Holtzman & et. al. ، ويطبق الرورشاخ على الصغار والراشدين .

٣٨ - دراسة روزنزفيج للإحباط بالصور

Rosenzweig Picture-Frustration

مجموعة من الصور - (ورق مقوى) تمثل مواقف إحباط بين شخصين ويستجيب لها المفحوص بأن يكتب ماذا ينبغي أن يقول الشخص المحبط . ويعتمد الاختبار على نظرية روزنزفيج ، ويصحح على أساس اتجاه العدوان ونوع رد الفعل وللإختبار كمية كبيرة من البحوث . ويمكن استخدامه كاختبار جمعي . وتوجد صور للأطفال وأخرى للراشدين .

٣٩ - اختبارات تكملة الجمل

Sentence Completion Tests

هذه مجموعة من الاختبارات وليست واحداً . ولها صور متعددة بعضها كثير الاستخدام مثل: Foler, 1950; Rotter & Rafferty, 1957; Rhode 1957 وعلى المفحوص أن يكمل جملة مذكوراً عنها بصيغة كلمات مدئية وتوجد بضع نظم تصحيح كمية ، لكن التفسير انطاعي إلى حد كبير . ويمكن تطبيقها جمعياً لكبار الأطفال والراشدين .

٤٠ - اختبار زوندي Szondi Test

يتكون من ست مجموعات بكل منها ثمان صور ، وعلى المفحوص أن

يختار أحب صورتين من كل مجموعة لديه، وأكثر صورتين كرها لديه. ويوصي بتكرار تطبيق الاختبار ست مرات. وتمثل الصور مرضى نفسيين. والأساس في نظرية زويدي هو أن اختيارات المفحوص تعكس ردود أفعاله للسماة التكوينية لصورة المريض. والاختبار قليل الصدق، لكن استخدام الاختبارات وتسجيل النتائج في بروفيلاات وتكرار إجراء الاختبار كلها ابتكارات في الاختبارات الإسقاطية، ويناسب الاختبار للأعمار من الرابعة وما بعدها.

٤١ - اختبار تفهم الموضوع (تات)^(١)

Thematic Apperception Test (TAT)

مجموعة من عشرين صورة (عادة يستخدم عدد أقل في العمل الإكلينيكي). وعلى المفحوص أن يحكي قصة لكل منها. وللاختبار نظم تصحيح منها ما اعتمد على نظرية اموراي: كالحاجة - الصفت، والتفسيرات انطباعية عادة. وقد نشرت بحوث متعددة للاختبار وأجريت دراسات صدق متعددة منها دراسة هنري وفارلي، Henry & Farley، 1959. وقد كان هذا الاختبار مصدراً لكثير من الاختبارات الأخرى منها «الصور المسودة» و«كات» واختبار جمعي موضوعي هو «اختبار ترتيب الصور» Tomkins & Miner, 1957. ويطبق اختبار تفهم الموضوع على الصفار والراشدين.

٤٢ - اختبارات تداعي الكلمات

Word Association Test

هذه الاختبارات أسلوب عام مثل اختبارات تكلمة الجمل، وفي وسع

المختص الإكلينيكي ان يضع مجموعة خاصة من الكلمات بنفسه . والإجراء بسيط للغاية وهو يتطلب من المفحوص أن يذكر أول كلمة تأتي إلى ذهنه عندما ينطق الفاحص الكلمة المثير . ويسجل الفاحص زمن الرجوع وانفعالات المفحوص فضلاً عن استجابته اللفظية وأكثر قوائم الكلمات شيوعاً هي قائمة كنت - روزانوف Kent-Rosanoff فقد كانت لها معايير منذ عام ١٩١٠ وروجت عام ١٩٥٢ . ويطبق الاختبار على الأطفال والراشدين .

اختبارات متنوعة وأساليب بحوث

٤٣ - قائمة صفات Adjective Checklist

هذا أسلوب بسيط يتكون من قائمة من الصفات وعلى المفحوص أن يضع علامة عليها كوصف لذاته، أو كحكم يصف الآخرين . والنتائج ذات قيمة في أعراض التدريب وإجراء البحوث، ويمكن تحليل النتائج بأساليب متعددة كما يذكر جاف 1960, Gough .

٤٤ - جداول جيزل للنمو

Gesell Developmental Schedules

مجموعة من إجراءات الملاحظة تستخدم لتقويم نمو الصغار في محالات أربعة: حركي، تكيفي، لغوي، سلوك شخصي - اجتماعي . وليست الجداول مقننة، وتطبق الجداول على الصغار من عمر ٤ أسابيع وحتى ست سنوات (يعد مقياس كاتل لدكاء الأطفال الصغار أكثر دقة) .

٤٥ - مقياس التوافق بالمستشفى

Hospital Adjustment Scale (HAS)

مجموعة عبارات (٩٠ عبارة) تصف سلوك المرضى النفسيين بالمستشفى، والمقياس مصمم للإجابة عنه بمساعدة طيبة نفسية، مثلاً ممرضة أو أي شخص آخر يعرف تفاصيل النشاط اليومي للمريض. وتدل الدرجات على التوافق في العلاقات الاجتماعية للشخص وأساليب الاتصال التي يستخدمها، والمسئولية الشخصية والاجتماعية والعمل والترفيه.. كما تصحح سمات الشخصية الشاملة والمتعارضة.

٤٦ - اختبار الفرز (كيو) Q Sort

يفرز المحوص مجموعة كبيرة من العبارات (كلًا منها على بطاقة) في أكوام مرتبًا إياها من أقل الخصائص إلى أكثر الخصائص انطباعاً عليه. في أغلب الأحيان أكوام البطاقات لها عدد محدود، ويقترّب التوزيع من محسّ التوزيع الاعتدالي. وهو يستخدم أساساً لأعراض البحوث كوسيلة مقننة من وسائل وصف الشخصية.

٤٧ - اختبار سجل التكوين (كيلي)

Role Construct Repertory Test (Kelly)

بعد أن يتذكر المحوص أشخاصاً ذوي أهمية في حياته بين المحوص المتشابهات والمختلفات فيما بينهم بالمقارنة. ويوضح تحليل النتائج التكوينية الشخصية للمفحوص أو طرق تفكيره عن الآخرين وللإختبار صور فردية وجمعية.

٤٨ - تمييز معاني الكلمات (التمييز اللفظي)

Semantic Differential

صمم هذا الأسلوب وطوره أوزجود وزملاؤه Osgood, et. al. للبحث في علم نفس مضامين المعاني. ويتطلب من المفحوص أن يرتب شيئاً أو مفهوماً مثل « أم » أو « جنس » على مقاييس ترتيب متعددة. ويمكن مقارنة هذه المفاهيم المختلفة على أساس اقتراب مضمون معناها أو ابتعاده. وقد ظهرت ثلاثة عوامل ترتيب أساسية هي: التقويم، القدرة، والنشاط.

٤٩ - قياس العلاقات الاجتماعية Sociometry

أسلوب عام يعتمد الإجراء فيه على تحديد علاقات الأفراد في مجموعة على أساس تفضيلهم لبعضهم.

٥٠ - مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي

Vineland Social Maturity Scale

يُجرى المقياس باستخدام تقارير مصدر المعلومات، ويقابل المختص الإكلينيكي الحالة لدراسة السلوك الملاحظ لدى المريض أو العميل في مجالات: الحركة، والتواصل اللفظي، والإدراك الاجتماعي، والمهن. وتُسجل النتائج وتصحح لقياس الكفاءة الاجتماعية على أساس مستويات الأعمار. ويفيد المقياس بصفة خاصة في تقويم الضعف العقلي، وبلاتم الأعمار من الميلاد حتى الرشد*

حواشي الملحق

(*) أطر Sundberg, N D & Tyler, L.E Clinical Psychology, New York, Appleton; Century. Crofts, 1962

(١) أعد في مصر والكويت عدة مرات وأعدت له معايير مختلفة منها ما قام به د. محمد رأفت سيم، و د. مصطفى فهمي.

(٢) أعدته بالعربية في الكويت د. عطية محمود ها.

(٣) استخدم في مصر عدة مرات وأعدت له معايير مختلفة منها ما قام به د. أحمد ركي صالح، د. عطية محمود ها.

(٤) أعدته بالعربية د. محمد عبد السلام أحمد، د. لويس كامل مليكة (مراجعة ١٩٣٧). وقد سبقها الأستاذ اسماعيل القباني ومساعدوه على المراجعة القديمة ١٩١٦

(٥) أعد بالعربية د. لويس كامل مليكة و د. محمد عماد النسي اسماعيل.

(٦) أعدته بالعربية د. لويس كامل مليكة و د. محمد عماد اسماعيل.

(٧) أعدتها بالعربية د. محمد سامي ها.

(٨) أعدتها بالعربية د. محمد سامي ها. (٩)

(٩) أعد عدة مرات (د. أحمد ركي صالح، د. عطية ها) واستخدم في بحوث متعددة

(١٠) أعدته بالعربية لجنة من المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (٩)

(١١) أعدته بالعربية د. أحمد ركي صالح.

(١٢) أعدته بالعربية د. عطية محمود ها.

(١٣) أعدته بالعربية د. عطية محمود ها للبيئة المصرية وأعدته السيدة صرية عبد الرحيم تحت إشرافه للبيئة الكويتية. واستخدم في بحثها للاحتسار عن القيم عند طلبة جامعة الكويت.

- (١٤) أعدده بالعربية د. محمد عثمان نجاتي.
- (١٥) أعدده بالعربية د. عطية محمود هـا و د. محمد سامي هـا.
- (١٦) أعدده بالعربية د. عطية محمود هـا.
- (١٧) أعدده بالعربية د. حابر عبد الحميد حابر.
- (١٨) أعدده بالعربية د. عطية محمود هـا، د. لويس كامل مليكة، د. محمد عهاد الدين اسماعيل.
- (١٩) أعدده بالعربية د. محمد عثمان نجاتي.
- (٢٠) أعدده بالعربية د. لويس كامل مليكة.
- (٢١) أعدده بالعربية عدة مرات منها ما قام به د. سعد جلال، و د. سيد محمد غنيم، و د. هدى مرادة وغيرهم.
- (٢٢) أعدده بالعربية د. محمد عثمان نجاتي، وأنور وجدي كما أعد د. عبد العزيز سلامه استارة بلال لتسجيل الاستجابات.
- (*) د. عطية محمود هـا، د. محمد سامي هـا: علم النفس الإكلينيكي/١٩٧٦/دار النهضة العربية الطبعة الثانية: ص (٥٨٢ - ٥٩٩).

BIBLIOGRAPHY

1 – Abt, L.E., Progress in Clinical Psychology: A Transactional Approach. In. D Brouwer & L.F. Abt (eds), Progress in Clinical Psychology, Vol. II New York, Grune & Stratton, 1956.

2 – Alt, W.D. & Thompson, G.M., The Rorschach As A Measure of Intelligence, J Consult. Psychol., Vol 63, pp 341-347, 1949.

3 – Anastasi, A Psychological Testing, New York, Macmillan. 1967.

4 – Ash, P., The Reliability of Psychiatric Diagnosis, J. Abnorm. Soc Psychol , Vol 44, pp. 372-376, 1949

5 – Ackerkrecht, E.H., 1959, A Short History of Psychiatry New York-Hofner Pub Co.

6 – Ackner, B., 1954, J. Ment. Sci., 100, 838.

7 – Arieti, S., 1959, American Handbook of Psychiatry. New York-Basic Books Inc.

8 – Ames L.B. & Others, Child Rorschach responses, Paul B Haeber, inc, New York 1957.

9 – Adler, A. The Neurotic Constitution New York, 1947

10 – Adler, A: The Practice and Theory of Individual Psychology. New York. Harcourt, Brace & World Inc., 1929.

11 – Aichhorn, Wayward Youth. New York: The Viking Press Inc., 1935.

12 – Alexander, E. & Healy, W. «The Roots of Crime» In Psychoanalytic Studies. New York: Alfred A. Knopf Inc , 1935.

13 – Alexander, F. «Fundamental Concepts of Psychosomatic Research.» In Psychosomatic Medicine. V 1943, pp 205-210

14 – Alexander: Psychosomatic Medicine. New York: W.W. Norton & Company Inc., 1950.

15 – Andrews, G & Harris, M. «The Syndrome of Stuttering» Little Club Clinics. No. 17, in Devel. Child Neurol The Spastics Society & William Heinemann, 1964.

16 – Atkinson, J.W. An Introduction to Motivation Princeton, New Jersey: Van Nostrand, 1956.

17 – Ausubel, D.P. Ego Development and the Personality Disorders. New York. Grune and Stratton, 1952.

18 – Basowitz, H., Persky, H., Sheldon, G. K & Grinker, R.R. Anxiety and Stress. New York. Mc Graw-Hill Book CO., 1955.

19 – Bellak L, Tat and Cat in Clinical Use, Grune & Stratton, New York 1952

20 – Bellak L., On the Problems of the Concept of Projection.

21 – Bellak L, & Abt, Projective Psychology, Grove Press Inc, New York 1959

22 – Brad, P. & Mountcastle, V.B. «Some Forebrain Mechanisms Involved in the Expression of Rage and Fear.» Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis., 1947, 27, 362-404.

23 – Burt, C The Young Delinquent. London: University of London Press, 1944.

24 – Buss, H. Ronald. Psychopathology. New York: John Wiley & Sons Inc., 1966.

25 – Baker, L.M. & Grsager, J.A., Rating Scale Technique Applied to Rorschach Responses, J. Clin. Psychol., Vol. 10, pp 373-375, 1954.

26 – Bateson, G, et Al , Toward a Theory of Schizophrenia. Behav. Sci, Vol. 1, pp. 251-264, 1956.

27 – Bender, L., Instructions for the Use of Visual Motor Gestalt Test, New York, Amer. Orthopsychiat. Ass., 1946.

28 – Berenson, B.G. et Al., A Checklist for Recording Test Taking Behavior, J. Counsel. Vol. 7, pp 116-119, 1960.

29 – Berg. I.A, Response Bias and Personality, The Deviation Hypothesis, J Counsel. Psychol. Vol. 5. pp 130-135, 1958.

30 – Berg, I A , The Unimportance of Test Item Contents, Inc , Bass, B.M & Berg, I A (eds) Objective Approaches to Personality Assesment, New Jersey, Princeton 1959.

31 – Bisch. L E., Clinical Psychology, Baltimor, Williams & Wilkins, 1925

32 – Bartlett, F.C., 1932, Remembering. Cambridge University Press

- 33 – Best, J.B., 1963, Study of Remembering in Palnarians Scientific American.
- 34 – Blum, M.L. & Naylor, J.C. Industrial Psychology. Rev. ed. New York. Harper & Row, 1968.
- 35 – Bossard, I.H. The Sociology of Child Development. New York. Harper & Brothers, 1948.
- 36 – Bowlby, John, Personality and Mental Illness. An Essay in Psychiatric. New York: Emerson Book, Inc., 1942.
- 37 – Bowlby: Child Care and the Growth of Love. Pelikan Books, 1964.
- 38 – Benjamin Spock: Baby & Child Care. New Englishlibrary, 1971.
- 39 – Bennett, Margaret E. Guidance in Groups. New Yok: McGraw-Hill Book CO., 1955.
- 40 – Bennett, I. Delinquent and Neurotic Children. A Comparative Study London. Taristock Publications, 1959.
- 41 – Binger, C.A., Ackerman, W., Cohen, A E , Shoeder, H.A. & Steele, J.M. Personality in Arterial Hypertension. Psychosomatic Medicine Monographs, VIII, 1945.
- 42 – Bloodstein, O. «Conditions Under Which Stuttering is Reduced or Absent: A Review of the Literature.» J. of Speech Disorders 14, 295, 1949; 15, 29, 1950.
- 43 – Bloodstein «The Development of Stuttering. Changes in Nine Basic Features.» J. of Speech Disorders 25, 219, 1960, A.

44 – Berg (Charles), *Clinical Psychology*, Allen & Unwin, London, 1948.

45 – Bluemel, C.S., *War Politics & Insanity*, Denver, World Press, 1948.

46 – Brown (J.F.) & Menninger (Karl A.), *The Psychodynamics of Abnormal Behavior*, McGraw-Hill Co., 1st Indian Reprint, 1969.

47 – Brown (William) *Psychological Methods of Healing*, London 1938.

48 – Bursten, B., *Psychosis Associated with Thyrotoxicosis*, Arch. Gen. Psychiat., 4, 1961.

49 – Burt (Harold Ernest), *Applied Psychology*, Prentice Hall Inc., N.Y., 2nd ed., 1957.

50 – Bischof, L.J., *Interpreting Personality Theories*, New York, Harper & Row, 1964.

51 – Brophy, J.J., *Psychiatric Disorders*, In; Krupp., M.A. & Chatton, M.J. (eds), *Current Medical Diagnosis & Treatment*, California, Lange Medical Publications 1964.

52 – Brotemarkle, R.A., *Clinical Psychology*, Pennsylvania Univer, of Penn., Press, 1937.

53 – Buros, O.K. (ed), *The 1940 Mental Measurement. Year Book*, New Jersey, Ment. Measure Year Book, 1941.

54 – Buros, O.K. (Ed); «The Third Mental Measurements Year Book,» Rutgers Univer. Press, 1949.

55 – Cameron, N. *The Psychology of Behavior Disorders*. A

Bio-Social Interpretation. Boston. Houghton & Mifflin Company, 1947.

56 – Cannon, W.B. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. 2nd ed. New York. Appleton-Century-Croft, 1929.

57 – Cattell, R.B. Description and Measurement of Personality. London: George Y. Harrap & Co. Ltd., 1946.

58 – Cattell: Personality. 1st ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1950

59 – Cattell: «Anxiety and Motivation: Theory and Crucial Experiment. In Spielberger (Ed.) Anxiety and Behavior. New York: Academic Press, 1966.

60 – Carr Saunders, A M. Young Offenders. London: University Press, 1942.

61 – Clark, D.S. Psychiatry Today. Pelikan Books, 1954.

62 – Clifford, T. Morgan & Eliot Stellar. Physiological Psychology 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.

63 – Crow, L.D. & Crow, A. Mental Hygiene. New York: McGraw-Hill Book Company, 1951.

64 – Cohen, J.C. 1966, A New Introduction to Psychology. George Allen & Urwin Ltd., London

65 – Cattell (Raymond) & Scheier (Ivan H.), Meaning & Measurement of Neuroticism & Anxiety, Ronald Press Co., N Y, 1961

66 – Cleckley H., The Mask of Sanity, Mosby, St. Louis, 1941

67 – Coleman (James C), Abnormal Psychology & Modern Life, 3rd ed., 2nd Ind. Repr. 1970.

68 – Coville, Costello & Rouke, Abnormal Psychology, Barnes & Noble, N.Y , 1963.

69 – Cronbach, L.J., «Essential of Psychological Testing» New York, Harper & Row, 1960.

70 – Cronbach, L.J & Gleser, G.C. «Psychological Tests & Personal Decisions,» Urlano, Univer & Illinois Press, 1957.

71 – Couch, A. & Kenisten. K. Yes Sayers and No Sayers, Agreeing Responses Set as Personality Variable,» J. Abnorm. Social. Psychol. 60, pp. 151-1960.

72 – Davis, Allison. Social Class Influence Upon Learning Cambridge: Harvard University Press, 1975.

73 – Deutch, A. Our Rejected Children. Boston: Little, Brown & Company, 1952.

74 – Deutch, Helen. Psychoanalysis of the Neuroses. New York: The Hogarth, 1932.

75 – Dollard, J. & Miller, N.E. Personality and Psychotherapy.

76 – Dollard, J. et. Al Frustration and Aggression London: Kegan Paul Inc., 1954.

77 – Dubar, H.F. Psychosomatic Diagnosis. New York. Paul B Hoeber Inc., 1943.

78 – Deutsch (Helen), Psychoanalysis of the Neuroses, Hogarth, Lond., 1932.

79 – Délay, Pichot, P. et Perse, J., «Methods of Psychometriques on Clinique: Tests Mentaux et Interpretation, Paris, Libraries de l'Academie de Médecine, 1945.

80 – Eysenck, H.J. Dimensions of Personality. London: Routledge, 1947.

81 – Eysenck, H.J. 1960 Behaviour Therapy and the Neurosis, London-Pergamon Press Ltd.

82 – Eysenck 1961 Handbook of Abnormal psychology. Basic Books Inc., New York.

83 – Eysenck 1962 Uses & Abuses of Psychology. Penguin Books Ltd. Middlesex.

84 – Eigler (et Al.), Bacterial Meningitis, I General Review (294 Cases), Proceedings Staff Meeting Mayo Clinic, 1961.

85 – Eysenck, H.J., Classification & The Problem of Diagnosis, Chap. I, in: Eysenck (ed.), Handbook of Abn. Psychol.

86 – Eysenck, H.J., (ed., Handbook of Abnormal Psychology, Basic Books Inc., N.Y., 1961.

87 – Edward, A.L., «Social Desirability Variable in Personality Research», New York, Dryden, 1957

88 – Edwards, A.L. «Social Desirability and Personality Test Construct», in Bass, Bass.

89 – Eishler, R.M., «A Comparison of the Rorschach and Behn-Rorschach Inkblot Tests», J. Consult. Psychol., Vol 15. pp. 185-189, 1951.

90 – English, H.B. & English A.G. «A Comprehensive

Dictionary of Psychological & Psychoanalytical Terms», New York, David McKay Co., Inco., 1958.

91 – Eysenck, H.J. «Dimensions of Personality» London Kegan Paul, 1947

92 – Fish, F.J 1962. Schizophrenia. Bristol John Wright & Sons Ltd.

93 – Freedman, A.M. and Kaplan, H.I. 1967 Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams & Wilhins Co., Baltimore.

94 – Fenichel, O. The Psychoanalytic Theory of Neuroses. London Routledge & Kegan, 1955.

95 – Forest, Isle. Child Development New York: McGraw-Hill Book Co , 1946.

96 – Fredlander, Kate. «The Formation of Emotional Character.» In the Psychonalytic Study of the Child Vol. I, 1945.

97 – Freud, S. The Problem of Anexiety. New York: W.W. Norton Co; 1936.

98 – Freud, S: A General Introduction to Psychoanalysis. New York: Garden City Publishing Company, 1943.

99 – Freud Anna, Hoffer, W. & Glover, E The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. I, London: Imago Publishing Co. Ltd., 1945.

100 – Fromn, E Escape From Freedom. New York: Rinehart & Co., 1941.

101 – Fetterman, J.L., Practical Lessons in Psychiatry Charles, Springfield, 1949

102 – Freud (Sigmund), *The Origins of Psychoanalysis, Letters to Wilhelm Fliess, Drafts & Notes 1881-1902*, edited by Marie Bonaparte, translated by Eric Mosbacher, James Strachy, Anna Freud & Ernst Kris, Basic Books Inc , N.Y. 1954.

103 – Freud, S. *Wit & its Relation to the Unconscious*.

104 – Freud, S., *Three Contributions to the Theory of Sex*.

105 – Freud, S., *Totem & Taboo*.

106 – Freud, S., *The Interpretation of Dreams*.

107 – Freud, S., *Psychopathology of Everyday Life*

108 – Freud, S., *The History of Psychoanalytic Movement*, All Published by the Modern Library, N.Y., 1938.

109 – Ford, M., «The Application of Rorschach Test to Young Children, Minneapolis, Univ of Minnesotas 1946.

110 – Fraisse, P «Manuel Pratique de la Psychologie Experimentale», Paris, P U.F., 1956

111 – Freeman, F , S., *Theory and Practice of Psychological Testing*, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1962.

112 – Greene, J.S. «Interview Group Psychotherapy for Speech Disorders.» In Slavson, S.R. (Ed.) *The Practice of Group Therapy* London: The Pushkin Press, 1947

113 – Georges, H.S «Dysfluency and Stuttering.» In the *Pediatric Clinics of North America*, Vol. 15, No. 3, August, 1968.

114 – Gesell, A & Others. *The First Five Years of Life*. New York: Harper, 1940.

115 – Glimer, B. Von Haller, Industrial Psychology. London: McGraw-Hill Book Company Inc., 1966.

116 – Goddard, H H «Problems of Personality » In Library of Psychoanalysis New York, 1925

117 – Goldstein, E The Organism New York. American Book Co., 1959.

118 – Greene, J.S. «Interview Group Psychotherapy for Speech Disorders.» In Slavson, S R (Ed.) The Practice of Group Therapy London: The Pushkin Press, 1947

119 – Grinker, R R & Robbins, F.P Psychosomatic Case Book. New York. McGraw-Hill Book Co., 1954.

120 – Guilford, J.P. Psychometric Methods. New York: McGraw-Hill Book Company, 1936.

121 – Guilford, J.P. Personality New York: McGraw-Hill Book Co., 1959.

122 – Cronbach L. Essentials of Psychological Testing, Harper, & Brothers, New York 1960.

123 – Deutsch F. & Murphy W., Clinical Interview, International Universities Press, Inc, New York 1961.

124 – Ferguson L., Personality Measurement. McGraw Hill Book Company, New York, 1952.

125 – Garfield, Introductory Clinical Psychology, The Macmillan, New York, 1957.

126 – Guilford J.P., Psychometric Methods, McGraw Hill Book Company, New York 1959

127 – Gjessing, K. 1932-35 Contributions to the Pathophysiology of Periodic Catatonia. Arch. Psychiat. Nervenker. 96, 191.

128 – Garfield, S.L. «Introductory Clinical Psychology,» New York, Macmillan Co., 1957.

129 – Goldstein, K. «Appraising the Schizophrenic With Psychology Instruments in Bock & Walish (Eds) Reflexes to Intelligence, Gloncoe, Illinois, Free Press Pule., 1959.

130 – Goldstein, K. & Scheorer, M. «Abstract and Concrete Behavior, An Experimental Study with Special Tests, Psychol. Monographs, Vol 53, No. 2, 1941.

131 – Cough, H.G., California Psychological Inventory, Polo Alto, California, Consulting Psychologists Press, Inco., 1969.

132 – Itadley, J.M., «Clinical and Counseling Psychology,» New York, Knopf, 1953.

133 – Hadley J., Clinical and Counseling Psychology, Alfred Knopf, New York 1958.

134 – Henry W.E., The Analysis of Fantasy, John Wily & Sons Inc, New York 1956.

135 – Hadley, J.M. Clinical and Counseling Psychology. New York: Alfred A. Knopf, 1961.

136 – Hanman, M & Kaplan, A.M. The Practice of Psychotherapy with Children. Homewood: The Dorsey Press 1967.

137 – Harrell, Thomas W Industrial Psychology Rev. ed New York: Holt, Rinehart and Winston, 1965.

138 – Harry, Bakwin (Ed.) «Developmental Disorders of Motility and Language.» Pediatric Clinics of North America. Vol 15, No 3, August 1968.

139 – Heide, C. «A Study of Mechanisms of Two Cases of Peptic Ulcer.» In Alexander. Psychosomatic Medicine. New York: W.W. Norton & Company Inc., 1950.

140 – Hilgard, E.R. & Marquis, D.M. Conditioning and Learning. London. Methuen & Co. Ltd., 1961

141 – Horney, K. New Ways in Psychoanalysis New York: W W. Norton, 1939.

142 – Horney, K. Our Inner Conflicts. London: Broadway House, 1946.

143 – Horney, K: Neuroses and Human Growth The Struggle Towards Self Realization. New York: W W. Norton & Company, 1950.

144 – Horney. The Neurotic Personality of Our Time New York: Kegan Paul & Co. Ltd., 1963.

145 – Heath, R.G. & Krupp, I M. 1967 Arch. J. Psych. Vol. 16, No 1.

146 – Hetherington, R R. & Miller, D H 1964 Introduction to Psychology for Medical Students. William Heinemann Medical Books Ltd., London

147 – Hinton, J.M 1962 Proc Roy Soc Med 55. 907-910.

148 – Hill, D & Barr, G. 1963 Electroencephalography (2nd Ed) Macdonald & Co. Ltd , London

149 – Hunter, I.M.L. 1957 Memory; Facts & Fallacies. Pelican, London.

150 – Hadfield Psychology & Mental Health, Lond., 1938.

151 – Hepner, H.W., Psychology Applied to Life & Work, 3rd. ed., Prentice Hall Inc , N.Y., 1961

152 – Hinsie (Leland E , & Campbell (Robert J.), Psychiatric Dictionary, 3rd ed., Oxford University Press, N.Y., 1960.

153 – Henderson & Gillespie, A Textbook of Psychiatry, 5th ed., Oxford Univ. Press, Lond., 1940.

154 – Hana, Atia M., Work Values in Relations to Age, Intelligence, Socio-Economic Level & Occupational Interest Level. Unpublished Doctoral Dissertation Teachers College, Columbia 1954

155 – Hanf Mann, E & Kasanin, J.S «Eight Keys to Schizorphenic Thinking, in, Bebk & Malish (Eds); Glencoe Illinois, The Free Press Pub., 1959.

156 – Harrower, M , The Practice of Clinical Psychology, Spring Field, Ill., Thomas.

157 – Harrower, M.R. & Steiner, M E., Psychodiagnostic Inkpots, New York, Grune & Stratton, 1945.

158 – Harrower – Erickson, U R. & Stenier, M.E; Large Scale Rorschach Technique. A Manual For the Group Rorschach and Multiple Choice Test, Spring Field, I.U., Thomas, 1945

159 – Hathaway, S R & Mckinley, J.C., Minnesota Multiphasic Personality Inventory, New York, Psychological

Corporation, 1943.

160 – Holtzman, W.H., Thorpe. J.S., Swartz, J.D & Herron, E W , Inkplot Perception Personality, Austin, Univer. of Texas Press, 1961.

161 – Holzberg, J.D. & Wexler, M., Predictabilty of Schizophrenic Performance on the Rorschach Test, J Consult. Psychol., Vol. 14, pp. 395-399, 1950.

162 – Hunt, Mc V. Personality and Behavior Disorders. New York The Ronald Press Company, 1944.

163 – Hurlock, E. Developmental Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, 1959

164 – Hurlock, E. Child Psychology. New York: McGraw-Hill Book Cop. 1959.

165 – Ingram, T.T.S. «Speech Disorders in Childhood,» In Pediatric Clinics of North America, Vol. 15, No. 3, August 1968.

166 – Ismail, Emad-Edin. «Relationship Between the Parent's Socio-Economic Level and Their Aspiration Regarding Their Children's Future.» A Paper Accepted for Reading at the XVII International Congress of Psychology in Washington, 1963

167 – Johns E., The Concept of Normal Mind, in Papers on Psychoanalysis, Bailliere Tindall and Cox, London 1948.

168 – Jennett (W Bryan) Epilepsy after Blunt Head Injuries, W. Heineman Medical Books, Lond., 1962.

169 – Jensen A R., The Reliability of Projective Techniques

Review of the Literature, Acta Psychol., Vol., 16, pp. 108-136, 1959.

170 – Jesness: Jesness Personality Inventory.

171 – Jourard, S.M , Self Disclosure and Other Cathexis, J. Abnorm. Social Psychol. Vol 59, pp. 423-431, 1959.

172 – Jameson, A.M. «Stammering in Children, Some Factors in Prognosis,» Speech 19: 60, 1955.

173 – Jersild, A T. Child Psychology New York. Prentice Hall, 1960.

174 – Johnson, N.W. The Onset of Stuttering. Minneapolis, Minnesota Press, 1959.

175 – Kahn and Gannel, The Dynamics of Interviewing, John Wiley & Sons, New York 1960.

176 – Kubie L.S., The Fundamental nature of the Distinction Between Normality and Neurosis, The Psychoanalytic Quarterly, Vol. 23. 1954.

177 – Kretschmer, E., 1936, Physique & Character. 2nd. Ed. revised Miller. London. 110, 200, 234.

178 – Kalinowsky. L.B. & Hoch, P., 1961, Somatic Treatment in Psychiatry. Grune & Stratton Inc.-New York

179 – Kallmann, F.J., 1938, The Genetics of Schizophrenia New York, J.J. Augustin

180 – Krech, D. & Crutchfield, R. Elements of Psychology New York. Alfred A Knopf, 1965.

181 – Kornhauser, A. & Reid, Otto M. Mental Health of the

Industrial Worker. New York. John Wiley & Sons Inc , 1965.

182 – Kubie, L «The Fundamental Nature of the Distinction Between Normality and Neurosis.» The Psychoanalytic Quarterly. Vol. 23, 1954.

183 – Khavin & Nikolayev, Diseases of the Thyroid Gland, Peace Publishers, Moscow, 1962.

184 – Kolb, (Lawrence C.), Noye's Modern Clinical Psychiatry, 7th ed., Oxford & Ibh Publ. Co., Culcutta, Bombay & New Delhi, 1968.

185 – Kelly, E.L. & Fiske, D.W; The Prediction of Performance in Clinical Psychology, An Arbor. Univer of Michigan Press, 1951.

186 – Kelly, G.A; A Method of Diagnosing Personality in the Psychological Clinic, Psychol Rec, Vol. 2 pp. 95-111, 1938.

187 – Kempf E.J.; Psychopathology, St. Louis, Mosby, 1921

188 – Kinsey, A.C ; Pomeroy, W B. & Martin, C.E ; Sexual Behavior in Human Male, Philadelephia, Sanders, 1948.

189 – Kinsey, A.C., & Gebhart, P.H., Sexual Behavior in Human Female, Philadelphia, Sanders, 1953.

190 – Krugman, J.I.; A Clinical Validation of the Rorschach with Problem Children, Rorschach Research Exchange, Vol. 6, pp 61-70, 1942.

191 – Laffal, J ; Pathological & Normal Language, New York Atherton Press, 1965.

192 – Landis, C. Et. Ol.; Sex in Development, New York, Hoeber, 1940.

193 – Laughlin, H P, The Neurosis in Clinical Practice, Philadelphia, Sannders Co , 1956

194 – Lindzay, G ; On the Classification of Projective Thechniques, Psychol. Bull., 1959 Vol. 56 --. 156-158.

195 – Landis, Paul, H. Adolescence and Youth, the Process of Maturing, London McGraw-Hill Book Company Inc., 1952.

196 – Leland, E. Glover How to Give Your Child a Good Start in Life A Coiler Books Original 1962

197 – Lewis, Helda. Deprived Children. The Muffed Foundation, London: Oxford University Press, 1955.

198 – London (Perry) & Rosenhan (David), Foundations of Abnormal Psychology, Holt, Rinehart & Winston, N.Y., 1968.

199 – Mayer-Gross, W. Et Al. 1960, Clinical Psychiatry. 2nd Ed. Cassel & Co. Ltd , p. 8.

200 – Mcdonald Critchley, 1953, The Parietal Lobes. Arnold, London.

201 – Mclean, P.D., 1955, The Limbic System & The Emotional Behaviour. Arch. Neurol. & Psychiat 73. 130-134.

202 – Morgan, C.T., 1955, Physiological Psychology (3rd. Ed.) McGraw-Hill Book Co., New York.

203 – Morozov, G & Romasenko, V. 1965, Neuropathology and Psychiatry. (Trans. Myshne, D.) Peace Publishers, Moscow.

204 – Mowbray, R.M. & Ferguson Roger, T, 1967, Psychology in Relation to Medicine (2nd. Ed.) E & S Livingstone Ltd., Edinburgh & London.

205 – Munn, F.L., 1961, Psychology, the Fundamentals of Human Adjustment (4th Ed.) George G. Harrap. & Co. Ltd., London

206 – Murray H.A., Thematic Apperception Test, Manual, 1943

207 – Martin, R.M., Self-Evaluation in Schizophrenics and Neurotics, Purdue Univer³ Unpublished M.S. Thesis, 1951

208 – Masling, J.; The Effects Warm and Cold Interaction on the Administration and Scoring of an Intelligence Test, J. Consult; Psychol., Vol. 23, pp. 336-341, 1957.

209 – Murray, H.A. (Ed.), Exploration in Personality, New York, Oxford Univer. Press, 1938

210 – Maslow, A.H. & Mittleman (Béla), Principles of Abnormal Psychology, Harper & Bros, N.Y. & Lond., 1941

211 – Menninger (Karl), The Human Mind., Knopf, N.Y., 1946.

212 – Morozov & Romanesko., Nervous & Psychic Diseases, Eng. Transl. by David Mishne, Mir Publications, Moscow, 1968.

213 – Muncie (Wendel), Psychobiology & Psychiatry, Mosby, St. Louis, 1939

214 – Munn (Norman L.), Introduction to Psychology, 2nd Ind. Repr., Oxford & Ibh Publ. Co., 1969.

215 – Maher, Brendan, A. Principles of Psychopathology New York: McGraw-Hill Book Company, 1966

216 – Maier, N.R. Frustration. New York. McGraw-Hill Book Company, 1944

217 – May, Rollo. The Meaning of Anxiety. New York: Bolan Press, 1959

218 – McKinney, F. The Psychology of Personal Adjustment. 3rd. ed New York: John Wiley & Sons, inc., 1960.

219 – Merrill, M A. Problems of Child Delinquency. Boston: Houghton Mifflin Co., 1947

220 – Metraux, R. «Speech Profiles of the Preschool Child (18-54 Months). J. of Speech Disorders, 15: 37, 1950.

221 – Miller, M.E. & Dollard, J. Social Learning and Imitation. New York: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. Lt., 1945.

222 – Milton, L.B. & James, C.N. Industrial Psychology: Its People New York: Longmans, Green & Co , 1953 Theoretical and Social Foundations. New York: Harper & Row, 1968.

223 – Morgan, C T & Stellar, E. Physiological Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company Inc., 1950

224 – Morgan. J.J.B. & Lovell, G.D. The Psychology of Abnormal People. New York: Longmans, Green & Co., 1953.

225 – Mowrer, O.H. Learning Theory and Personality Dynamics. New York: The Ronald Press Company, 1950.

226 – Mowrer: Psychotherapy, Theory and Research. New York: The Ronald Press Company, 1953

227 – Munroe, R L. Schools of Psychoanalytic Thought. 3rd. Printing. New York: The Dryden Press, 1956.

228 – Mussen, P.H., Conger, J.J. & Kagan, J. Child

Development and Personality. 2nd ed. New York: Harpe & Row, 1963.

229 – Murpy, Gardner. Historical Introduction to Modern Psychology. Rev ed London: Routledge & Kegan, 1949

230 – Newman, S.H., Bobbitt, J.M. & Cameron, D.C., The Reliability of Interviewing Method in an Officer Candidate Evaluation Program, Amer. Psychologist, Vol. 1, pp. 103-109. 1946.

231 – Office of Strategie Service Staff; Assessment of men, New York, Rinehart, 1948.

232 – Okasha, A , 1967, Essentials of Psychiatry Arab Writer, Cairo.

233 – Okasha, & Naby, S., 1964, 17 Ketosteroids & 17 Ketogenic Steroids in Schizophrenia. E.J. Neurol-Psychiat, Neurosurg. Vol, V. No 1 & 2.

234 – Orme J.E , Introduction to Abnormal Psychology, Methuen & Co , Lond , 1971.

235 – Okasha, A , 1968, Essentials & Psychology. Anglo Egyptian Bookshop.

236 – Oswald, I: 1962, Sleeping & Waking. Elsevier, New Yord 1964, Sleep. Pelican Books, London.

237 – Okasha, A Essentials of Psychiatry. The Arab Writer Printing. Cairo, 1967

238 – Pennington L.A. & Berg I., An Introduction to Clinical Psychology. The Ronald Press Compony New York 1954

239 – Pavlov, I P., 1955, Selected Works, Foreign Languages Publishing House Moscow.

240 – Page, James D. Abnormal Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, 1947.

241 – Pavlov, I.P. Conditioned Reflexes. London: Oxford University Press. 1927.

242 – Pikunas, J. & Albrecht, E.J. Psychology of Human Development. (London), Book Company Inc. McGraw-Hill, 1961.

243 – Payne, R.W.; Cognitive Abnormalities, In Eysenck, H J , (Ed); Handbook of Abnormal Psychology, New York, Basic Book, Inc., 1961

244 – Payne, R W & Hewlett, J.H B., Thought Disorders In Psychotic Patient In: Eysenck, H.J (Ed), Experiments in Personality, London, Routledge & Pauly, 1960.

245 – Pepivski, H B & Pepivski, P O , Counseling Theory & Practice, New York, Ronald Press Co., 1954

246 – Pinneau, S R., Changes In Intelligence Quotient Infancy to Maturing, Boston, Houghton Mifflin, 1961.

247 – Polansky, N. & Kounin, J, Clients, Reactions to Initial Interviews: A Field Study, Human Relat., Vol g pp. 239-265, 1956

248 – Popo, B & Scott W.H, Psychological Diagnosis In Clinical Practice, New York, Oxford Univer Press. 1967.

249 – Philips (Leslie). A Social View of Psychopathology, Chap. 12 in: London & Rosenhan (eds), Which See

250 – Portnov & Fedetov, Psychiatry. Mir Publications, Moscow, 1969.

251 – Rogers C.R., Client Centerd Therapy, Houghton Mifflin Company, New York 1951.

252 – Rado, S.; Psycho-Analysis of Behaviour, Collected Papers, New York, Grune & Stratton, 1956.

253 – Rapaort, D., Gill & Schafer, R., Diagnostic Psychological Testing, 2 Vol. Chicago, Year Book Pub. 1946.

254 – Rashkis, H., Cushman, J. & Landis, C., A New Method

255 – Rees (Linford), A Short Textbook of Psychiatry, Eng. Univ Press, Lond., 1967.

256 – Roff Merrill, Mink (Walter) & Heinrichs (Grace), Development Abnormal Psychology, A Case Book, Holt & Rinehart, N Y., 1966.

257 – Rapaport, D. «The Psychoanalytic Theory of Affect,» Internat. J of Psychoanalysis, V 34, 1954.

258 – Richard, L. Roe: Developmental Psychology Today. Ed Communication Research Machines Inc. 1971.

259 – Roch, H. Paul & Zubin, J. Anxiety. New York: Crune & Straton, 1950.

260 – Rogers, C.R. Counseling and Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Co., 1942.

261 – Rosenseveig, S. «An Outline of Frustration Theory » In Hunt. Personality and Behavior Disorders New York: The

Ronald Press Company, 1959.

262 – Russell Brain. 1962 Recent Advances in Neurology & Neuropsychiatry (7th. Ed.) Churchill, London.

263 – Reichenback, H, Experience and Prediction, An Analysis of the Foundation and Structure of Knowledges Chicago, Univer. of Chicago Press 1938.

264 – Rice, S.A., Contagious Bias in the Interview, Amer, J Social Psychol, V. 35 pp. 420-423. 1929.

265 – Richards, T.W , Modern Clinical Psychology, New York, McGraw, 1946.

266 – Rogers, C.R., Counseling & Psycho Therapy, Boston, Houghton, 1942.

267 – Rotter, J.B.; Social Learning and Clinical Psychology, New York. Prentice-Hall, 1954.

268 – Shafer and Lazarus, Fundamental Concepts in Clinical Psychology, McGraw Hill Book Company, New York 1955

269 – Schoeck (Helmut) & Wiggins (James W.) eds., Psychiatry & Responsibility, Van Nostrand, N.Y., & Lond., 1962.

270 – Schoeck (Helmut) & Wiggins (James W.) eds., Psychiatry & Responsibility Ibh Publ., Co., Culcutta, 1966.

271 – Stekel (Wilhelm), Anxiety Neuroses & Their Treatment, 1st ed., Dodd & Mead, N.Y., 1923, 7nd. Ed., 1950

272 – Stekel, W Complusion & Doubt Eng Trans , 2 Vo, S., Boni & Liveright, N.Y., 1923. New Ed , 1946

273 – Szasz (Thomas S), Psychiatry as a Social Institution,

Chap. I in: Shoeck & Wiggins, Psychiatry & Responsibility..
(Which See).

274 – Shaw, C.R. & McKay, H.D. «Report on the Causes of
Crime.» In Hunt: Personality and Behavior Disorders. Vol II
New York: The Ronald Press, 1959.

275 – Simmons, H. The Psychosomatic Aspects of Cancer.
Washington, D.C. Peabody Press, 1956.

276 – Slavson, S.R. An Introduction to Group Therapy. New
York: Common Wealth Fund, 1943

277 – Slavson, S.R. The Practice of Group Therapy. London:
The Pushkin Press, 1947

278 – Spielberger, C.D. «Theory and Research on Anxiety.»
In Anxiety and Behavior. New York: Academic Press, 1966

279 – Spitz, R.A. «Anaclitic Depression.» In Psychoanalytic
Study of the Child. Vol. II, New York: International Universities
Press, 1946.

280 – Strange, J.R. Abnormal Psychology, Understanding
Behavior Disorders. New York: McGraw-Hill Book Company,
Inc., 1966.

281 – Sullivan, H.S. Conditions of Modern Psychiatry.
Washington, D.C: William Alanson Psychiatric Foundation,
1947.

282 – Sundberg, N.D. & Tyles, L.E. Clinical Psychology.
London Methuen & Co., 1963.

283 – Symonds, P.M. Mental Hygiene of the School Child
New York: The Macmillan Company, 1938.

284 – Symonds: Diagnosing Personality Conduct. New York Appleton-Century-Crofts, Inc., 1961.

285 – Sartain, A.Q. Et. Al. Psychology: Understanding Human Behavior New York: McGraw-Hill Book Company Inc , 1965

286 – Saul. L.J «Hostility in Cases of Hypertension.» Psychosomatic Medicine, 1 (1939)

287 – Saul. L. & Bernstein. «The Emotional Setting of Some Attacks of Urticaria » Psychosomatic Medicine Vol. 3, 1941.

288 – Seidman, J.M The Adolescent A Book of Readings. Edited New York. Holt, Rinehart Winston Inc., 1960.

289 – Shaffer, I. F & Shoben, E.J (Jr) The Psychology of Adjustment Boston Houghton & Mifflin Co , 1956

290 – Shaffer, I. F. Schizophrenia Like Psychoses. Brit. J. Psych. Vol. 109 No. 458.

291 – Smythies, J.R , 1963, Schizophrenia: Chemistry, Metabolism & Treatment. U.S.A. Charles Thomas

292 – Stafford-Clarck, D., 1965, What Freud Really Said. London-Macdonald.

293 – Sands, D.E. 1957 Schizophrenia. Somatic Aspects. London. Pergamon 80-81.

294 – Sargant, W. & Slater. A 1963 Physical Methods of Treatment in Psychiatry (4th ed.) E. & S Livingstone Ltd. London

295 – Scott, R B 1966 Price's Textbook of the Practice of Medicine. Oxford University Press. London.

296 – Sheldon, W.H & Stevens S.S 1942 The Varieties of

Temperament. New York & London. Harper.

297 – Siegel, M. Et Al. 1959 Taraxein: Fact or Artefact. Amer. L. Psychiat. 115, 819.

298 – Slater, E. 1938 The Genetics of Manic-Depressive Insanity. 2 ges. Neurol. Psychiat. 163, 1-198, 216.

299 – Saslow, G. Matarazzo, J.D. & Guze, S.B., The Stability of Interaction Chronograph Patterns in Psychiatric Interviews, J. Consult. Psychol Vol 19. pp. 417-436, 1955.

300 – Savage, R.D., Readings in Clinical Psychology, Oxford, Pergamon. Press, 1966.

301 – Schafer, R., Psycho. Analytic Interpretation in Rorschach Testing, New York, Grune & Stratton, 1954.

302 – Schaffer, G.W. & Lazarus. R.S., Fundamental Concepts in Clinical Psychology, New York, McGraw-Hill, 1952.

303 – Schmidt, H.O. & Fonda, C.P. Reliability; A New Look, J. Abnorm, Soc. Psycho., Vol. 52, pp. 262-267, 1956.

304 – Scott, W.D., An Interpretation of Psychoanalytic Method in Psychotherapy with a Case Treated J. Abnormal Psychol., 1908.

305 – Smith, E.E., Defensiveness, Insight and the K. Scale, J. Consult Psychol., Vol. 23, p. 275, 1959.

306 – Stanton, A.H. & Schwartz, M.S.: The Mental Hospital. New York, Basic Book, 1954.

307 – Sundberg, N.D.; The Practice of Psychological Testing in Clinical Services the United States, Amer, Psychol., Vol. 16. pp. 79-85, 1961.

- 308 – Sundberg, N.D. & Tyler, L.E.; Clinical Psychology, New York, Appleton-Century Crofts, 1962.
- 309 – Tawadros, S. Magharius. «Group Psychotherapy for Stutterers.» In International Journal of Sociometry. Vol. I. No. 1, 1957.
- 310 – Taylor, W.S. Dynamic and Abnormal Psychology. New York: The American Book Company, 1954.
- 311 – Tiffin, J. & McCormick, E.J. Industrial Psychology. 3rd ed. London: Novello & Co., 1966.
- 312 – Triesman (Michel), Mind, Body & Behavior, Control Systems & Their Disturbances, chap. 13 in. London & Rosenhan, Foundations... Which See.
- 313 – Trapp, E.P. & Himelstein, P. Readings on Exceptional Child Research and Theory. London: Methuen & Co., Ltd., 1962
- 314 – Travis, L.E. «The Unspeakable Feeling of People With Special Reference to Stuttering.» In Handbook of Speech Pathology. London: Peter Owen, 1959.
- 315 – Tomkins, The Thematic Apperception Test, Grune & Strat on, New York 1952.
- 316 – Talaat, M., 1966, Physiology in Medical Practice. Vol. IV. Endocrine Glands. Anglo-Egyptian Bookshop, Cairo.
- 317 – Van Riper, C.: Speech Correction. New Jersey: Prentice-Hall, 1963.
- 318 – Vigotsky L.S., Thought and Speech.
- 319 – Vernon, P.E., Personality Test, and Assessments, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1953.
- 320 – Witmer, L., Clinical Psychology, 1907.

321 – Wittson, C.L. & Hunt, W.A.; The Predictive Value of the Brief Psychiatric Interview, Amer J. Psychiat Vol 107, pp. 582-585, 1951.

322 – Wyatt, D. & Campell, D.; A Study of Interviewer Bias as Related to Interviewr's Expectations and Own Opinions, Int. J. Opin, Attit. Res, Vol. 4. pp. 77-83, 1950.

323 – Wolf & Huston, Schizophrenia Associated with Addison's Disease, Amer. J. Psychiat., 116, 1959.

324 – Whitty, C.W.M. & Zangwill, O.L., 1966, Amnesia. Butterworths, London.

325 – Wolf, S. & Wolf, H.G., 1943, Human Gastric Function. New York-Oxford.

326 – Wolpe, J. & Slater, A., 1964, The Conditioning Therapies. U.S.A.- Halt, Rinehart & Winston Inc.

327 – Weider A. & Others, Gornell Index, Manual, The Psychological Corporation, New York 1948.

328 – Wolberg L.R., The Techniques of Psychotherapy, Grune & Stratton, New York 1954.

329 – Wealder R., The Scientific approach to Case Work; With Special Emphasis on Psychoanalysis, in Personality in Nature. Society and Culture. Alfred Knopf, New York 1953.

330 – Waston, R.I., A Brief History of Clinical Psychology, Psychol,Bull., Vol. 50, pp. 321-346, 1953.

331 – Wechsler, D,A Standardised Memory Scale for Clinical Use, J. Psychol., Vol pp. 87-95, 1945.

332 – Wechsler, D., The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence, Baltimore, Williams & Wilkins, 1958.

333 – Wells, F.L. & Ruesch, J., *Mental Examiners Handbook*, New York, Psychol. Cord, 1945.

334 – Welsh, G.S. & Dahlstrom, W.G.; *Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine*, Minneapolis, Univer of Minnesota Press, 1956.

335 – Wiener, D.N.; *Subtle and Obvious Keys for The M.M.P.I.* J. Consult. Psychol. Vol. 12, pp. 144-170, 1948.

336 – Williamson, E.G.; *Counseling Adolescents: Revision of Part I of How to Counsel Students*, New York, McGraw-Hill, 1950.

337 – Wallen, Richard W. *Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1956.

338 – Weiss, E. & English, O. *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia W.B. Sounder Company, 1957.

339 – White, R. *The Abnormal Personality*. 3rd ed. New York: The Ronald Press, 1956.

340 – Wolff, H. *Headache and Other Head Pains*. London: Oxford University Press, 1948.

341 – Wolf, S. & Wolf, H.G. «Evidence of the Genesis of the Peptic Ulcer.» J. of Am. Med. Ass. CXX 1942.

342 – Wolpe, Joseph. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. California Stanford University Press, 1968.

343 – Zubek, J.B. & Solber, P.A. *Human Development*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1954.